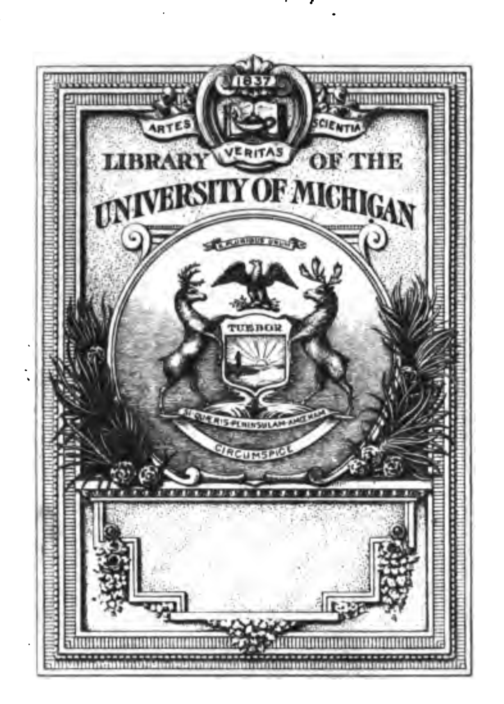
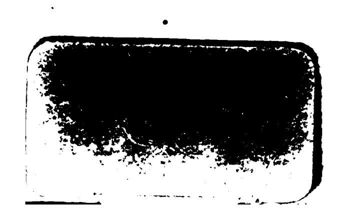

A 3 9015 00378 973 5
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
CIRCUMSPICE







ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

V.

Conditions de l'abonnement :

Les *Annales de la chirurgie française et étrangère* sont publiées tous les 15 du mois, depuis Janvier 1841, par cahier de huit feuilles in-8° (128 pages), caractère philosophie pour les mémoires, et petit-texte pour les Variétés et la Bibliographie.

Prix de l'abonnement par an, à Paris : 20 *fr.*

Franc de port, pour les départemens : 24 *fr.*

ON S'ABONNE CHEZ LES LIBRAIRES SUIVANS, *à :*

Amsterdam, Van Bakkenes, Caraalsen.
Besançon, Bintot.
Berlin, Behr, Hirschwald.
Bordeaux, Ch. Lawalle.
Brest, J. Hébert, Lepontois.
Bruxelles, J.-B. Tircher.
Dublin, Hodges et Smith.
Edimbourg, Maclachlan et Steward.
Florence, G. Piatti, Ricordi et Jouhaud.
Genève, Cherbulliez et C°.
Leide, Luchtmans, Vander Hoek.
Leipzig, L. Michelsen, Brockhaus et Avenarius.
Lyon, Ch. Savy.
Liège, Collardin, J. Desoer.
Lisbonne, Rolland et Semiond.
Marseille, v^e Camoin, v^e Chaix.
Madrid, Denné, Hidalgo et C°.
Milan, Dumolard et fils.
Montpellier, L. Castel, Sevalle.
Moscou, v^e Gautier et fils, Urbain et Renaud.
Nancy, Grimblot, Senef,
Nantes, Buroleau, Forest.
Perpignan, Julia frères.
Pétersbourg, Bellizard et C°, Graeffe, Hauer et C°.
Rochefort, Duguet.
Rouen, E. Frère.
Strasbourg, Dérivaux, v^e Levrault.
Toulon, Monge et Villamus.
Toulouse, Lebon, Gimet, Delboy, Senac.
Turin, J. Bocca, Pic.

Imprimé chez Paul Renouard, rue Garancière, 5.

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

PUBLIÉES

PAR MM. BÉGIN, MARCHAL (de Calvi), VELPEAU
ET VIDAL (de Cassis).

TOME CINQUIÈME.

A PARIS,
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 17.
A LONDRES CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET,
Et chez les principaux libraires français et étrangers.
1842.

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

DU SIÈGE DE L'ÉTRANGLEMENT DANS LES HERNIES.

Par M. le Professeur C. Sédillot.

Si les discussions scientifiques n'avaient l'avantage de mieux poser les questions, et d'en faciliter la solution par des recherches nouvelles et des observations plus précises, nous ne nous serions nullement occupé du siège des étranglemens, qu'un mémoire de M. Malgaigne a paru un instant remettre en doute.

Ce mémoire lu, depuis bientôt deux ans, à l'Académie de médecine, nous avait semblé fort ingénieux, comme moyen de candidature. On y trouvait beaucoup de verve, des faits intéressans recueillis et groupés avec art, un style élégant, de l'érudition, un certain vernis philosophique, des para doxes habilement présentés, des apparences de preuves et de conclusion, et cette lecture devait avoir, et eut, en effet, je

crois, beaucoup de succès auprès de ceux qui ne s'occupaient pas de chirurgie. Quant aux hommes du métier, il s'amusèrent de ce tour de force, de cet édifice élevé, comme le château des *Mille et une Nuits*, dans les airs, et n'en parlèrent plus, ou en exprimèrent un jugement très laconique. En avançant de pareilles opinions, dit M. Vidal, on court la chance de ne pas être réfuté ou de l'être peu sérieusement. M. Marchal écrivit dans les *Annales* qu'une réfutation en règle serait un témoignage d'importance qui ne paraissait pas justifié. M. Laugier fit quelques critiques dont nous nous occuperons plus tard, et les choses en fussent probablement restées là, si M. Malgaigne n'eût voulu absolument prendre son œuvre au sérieux, et n'eût parlé incessamment de sa doctrine et de la certitude de ses démonstrations. M. Diday entra alors dans la lice, et accabla son antagoniste des feux croisés de l'observation et de la logique; mais M. Malgaigne n'avoue pas facilement ses défaites, et sa défense est assez curieuse, pour que nous nous donnions plus loin le plaisir de la rappeler. M. Velpeau, enfin, crut devoir poursuivre par les faits les plus évidens les dernières subtilités de son insaisissable adversaire. Cependant M. Malgaigne a répondu, et répondra toujours, ce que nous reconnaissons sans peine. Aussi pensons-nous que le seul moyen de faire comprendre la portée de ce qu'il appelle sa doctrine et ses preuves, et de montrer tout ce qu'il y a de vain, de faux et de contradictoire dans sa manière de raisonner, consiste à examiner le fond même de son travail.

Ce sera pour nous l'occasion de citer des faits curieux tirés de notre clinique et propres à ajouter encore à l'évidence des démonstrations fournies par MM. Laugier, Diday et Velpeau.

Comme on ne traite pas un sujet de chirurgie pour le plaisir d'aligner des phrases, de citer les noms de Descartes et de Bacon, et de réimprimer des faits connus, nous devons commencer par nous demander quel a été le but du mémoire de M. Malgaigne, et ce qu'il a voulu établir ou démontrer? A cela plusieurs réponses : Dans ses conclusions qui sont fort courtes et hors de proportion avec la longueur de son travail, M. Malgaigne affirme « que tout ce qui a été prouvé jusqu'à « présent, c'est que pour les anneaux inguinaux et l'anneau « crural, l'étranglement est produit par le collet du sac; que « quand ce collet est très étroit, la hernie est promptement « menacée de gangrène ; que quand il est plus large, elle est « d'abord affectée d'inflammation. »

Ce sont là, nous devons le dire, des vérités vulgaires; et si tel était le résultat des profondes investigations de l'auteur, il aurait parfaitement pu nous les épargner. Personne aujourd'hui ne conteste la possibilité ni la fréquence des étranglemens au collet du sac, dans les hernies inguinale et crurale, et il est par trop évident que la gangrène sera rapide si la constriction est très forte, tandis qu'il y aura d'abord inflammation si la constriction est faible et n'intercepte pas la circulation.

Nous ne nous en tiendrons donc pas strictement au texte que nous venons de citer, et, interrogeant l'esprit du mémoire, nous y trouverons d'un bout à l'autre une interminable diatribe contre tous les travaux antérieurs à ceux de l'écrivain que nous commentons, et la négation de tout étranglement par les anneaux. Les preuves en sont si claires, qu'il n'y a pas à vouloir s'en défendre, comme nous l'établirons tout-à-l'heure. Mais il nous faut reconnaître que, depuis les argumentations contre lesquelles M. Malgaigne a eu à se dé-

battre, il s'est fait modeste, et qu'il a dernièrement imprimé cette phrase (*Gazette des hôpit.* n° 38, t. IV, 29 mars 1842): « Il m'importe très peu que l'étranglement se fasse par les « anneaux ; il m'importe beaucoup que cet étranglement ne « soit pas admis avant d'avoir été bien observé : c'est là « toute ma doctrine. »

On voit qu'à ce compte, il est beaucoup plus facile qu'on ne se l'imagine d'avoir une doctrine ou des doctrines chirurgicales, et que, pour cela, il suffit de mettre en doute les opinions généralement professées. Les auteurs disent que les luxations du bras dans l'aisselle sont fréquentes ; je réponds qu'elles ne me sont pas démontrées : voilà ma doctrine. Ils soutiennent encore que, dans les articulations orbiculaires, les déplacemens incomplets sont rares ; cela ne m'est pas prouvé : nouvelle doctrine ; de même pour les cataractes centrales, etc., etc. ; et, au bout de peu de temps, vous devenez ainsi le représentant direct et original d'une multitude de doctrines plus intéressantes les unes que les autres ; mais quelque génie et quelque activité que vous y mettiez, l'élève qui commence vous dépassera toujours ; car, dans son ignorance complète, il possédera la doctrine universelle, et proclamera comme vous le besoin d'être éclairé.

Ne nous laissons pas cependant distraire des réalités de la science, et revenons aux points sérieux de la question des étranglemens herniaires. — M. Malgaigne, qu'il en convienne ou non, s'est constitué l'adversaire de l'étranglement par les anneaux, et soutient qu'il n'en existe pas un seul exemple. Pour le prouver, il a mis à contribution l'histoire de l'art, le raisonnement et l'expérience toute positive de notre époque. Suivons-le dans cette étude.

M. Malgaigne a partagé l'histoire des étranglemens her-

niaires en quatre époques : la première s'étendant de la plus haute antiquité jusqu'au milieu du XVIe siècle ; la deuxième, de 1550 à 1650 ; la troisième, de 1650 à 1750 ; et enfin la quatrième, depuis 1750 jusqu'à nos jours. — Nous allons rappeler les principaux traits de ces époques, en les débarrassant de toutes les fausses interprétations qui nous paraissent en dénaturer le sens, dans le travail de M. Malgaigne.

Première époque. — Les hernies simples sont distinguées de celles qui sont étranglées, et que l'on décrit sous le nom d'ileus et de volvulus. Le taxis et l'opération sont connus. On admet la distension par engorgement et l'inflammation des intestins ; on sait qu'ils peuvent être frappés de gangrène ; alors la mort arrive promptement.

Deuxième époque. — Ici se trouvent les noms de Rousset, de Franco, de Paré, de Pigray et de Formi ; l'on voit apparaître l'opération de la hernie étranglée, comme un fait admis et en usage ; l'observation directe donne naissance aux explications des théoriciens.

Parmi les procédés appliqués, on trouve : 1° l'ouverture du sac herniaire dans toute sa hauteur et la réduction des parties sans débridement du collet ni de l'anneau (*Maupas*, 1531, au rapport de Rousset). Cette conduite est encore imitée aujourd'hui dans beaucoup de cas ; 2° incision des enveloppes du sac herniaire et réduction de l'intestin au travers de ce dernier resté intact ; 3° incision du sac herniaire et des parties qui s'opposent à la rentrée des viscères herniés. Ces opérations, indiquées par Franco avec beaucoup de détails, étaient d'une application générale, car autrement ce grand chirurgien s'en fût déclaré l'auteur. Ambroise Paré substitua au petit bâton dont se servait Franco pour le débridement la sonde cannelée ; c'était une heureuse modifi-

cation qui, toutefois, ne changeait en rien la nature du procédé; 4° incision des parties molles et du péritoine au-dessus de l'étranglement, et réduction en ramenant dans l'abdomen les viscères herniés; 5° même incision, mais division de l'étranglement sur le doigt ou sur un conducteur, quand une plus grande ouverture est nécessaire à la réduction. Ces deux derniers procédés, appliqués par A. Cooper et quelques autres chirurgiens actuels, sont rapportés textuellement par Pigray.

Cette deuxième époque renferme, comme on le voit, les hommes célèbres qui ont créé nos procédés pour le débridement herniaire, et bien loin d'accuser la marche de la science, nous devons, il me semble, en admirer les progrès constans. Formy, à la fin de cette époque, avait reconnu le premier cas d'étranglement par le collet, et il en avait été tellement frappé qu'il en donna la description, et dit que le péritoine était recouvert d'une bande charnue qui entourait l'intestin.

Troisième époque. — On pourrait appeler cette époque celle des explications et des théories. Il fallait des doctrines pour rallier les faits, et elles ne manquèrent pas à la science.

Dionis et Saviard fixèrent l'étranglement à l'anneau inguinal externe. Littre en accusa les anneaux de l'aine; Garengeot, l'inflammation de l'intestin dans quelques cas. Ledran faisait jouer un rôle exceptionnel au volume des matières contenues dans l'intestin hernié, et il admettait des hernies étranglées dès leur apparition. Arnaud attribuait l'étranglement à l'engorgement et par conséquent à la tuméfaction des parties herniées, et il le croyait quelquefois produit par les fibres transversales qui du fascia lata vont s'attacher à la symphyse du pubis. Enfin Schrœckius, Littre,

Ricot, Ledran, Pineau, Arnaud, Garengeot, étudièrent mieux les cas rares dans lesquels ils rencontrèrent le siège de l'étranglement au collet, et Arnaud eut la gloire de bien expliquer comment celui-ci se rétrécissait, et par quel mécanisme il pouvait exister plusieurs rétrécissemens successifs.

Toutes ces idées, confirmées pour la plupart par l'expérience actuelle, et les faits révélés par une attentive observation, continuèrent les progrès de la précédente époque.

Quatrième époque. — Pendant ce dernier intervalle, les enseignemens se poursuivent et se complètent. Louis remarque que c'est l'implication des parties herniées ou la surcharge des matières qui empêche la réduction, l'anneau restant souvent plus dilaté dans le cas d'étranglement que dans l'état ordinaire, et permettant librement l'entrée et la rentrée des viscères. Goursaud distingue l'étranglement inflammatoire pouvant déterminer la gangrène de l'engouement. Scarpa conclut que le resserrement du col du sac herniaire ne doit plus être regardé comme un accident rare, mais comme une des causes les plus fréquentes de l'étranglement. Dupuytren essaie de fixer le rapport de fréquence de l'un et l'autre étranglement, et en se fondant sur les résultats de ses dissections, il croit pouvoir établir que sur neuf cas, il y en a au moins six qui sont dus à la constriction du collet du sac. En Angleterre, Percival Pott continue à soutenir que le siège des étranglemens est aux anneaux, et n'admet qu'exceptionnellement celui dont le siège est au collet du sac. Bell partage la même opinion, et rapporte les accidens au resserrement de l'ouverture du muscle oblique externe; cependant il raconte avoir vu, une fois, l'étranglement au collet, et ajoute que d'autres ont fait la même observation. A. Cooper

décrit mieux le canal inguinal, et en fait connaître l'ouverture interne, à laquelle il assigne, dans les hernies anciennes et volumineuses, le siège de l'étranglement, tandis que, dans tous les autres cas, il l'attribue à l'anneau abdominal : toutefois cet illustre chirurgien cite quatre exemples d'étranglement au collet, en remarquant que ce mode d'étranglement est beaucoup moins fréquent qu'on ne l'a avancé. Richter suppose un étranglement spasmodique, et un autre bilieux, qui ne dépendrait ici que d'une inflammation intestinale produite par une cause constitutionnelle analogue.

Telle est la trame historique dont M. Malgaigne a trouvé moyen de tirer les preuves de sa prétendue doctrine, et c'est là un des exemples remarquables de toutes les ressources de son imagination. Remarquons cependant combien ces recherches d'érudition sont incomplètes.

Dans les deux premières périodes, c'est autant l'histoire des hernies en général qui est rappelée que celle beaucoup plus spéciale de l'étranglement, et dans les deux dernières, la plupart des découvertes sur la variété de siège des étranglemens herniaires ont été complétement oubliées. Une observation plus curieuse encore, c'est que l'auteur, dont tout le travail roule sur le fait de l'étranglement, n'a pas même essayé de dire quelle signification il attachait à ce mot. Il a usé du même procédé à l'égard des anneaux ; car, après en avoir parlé mille fois, il s'est bien gardé de dire ce qu'il entendait par ces ouvertures ; et quoiqu'il ait prétendu que le siège des étranglemens est toujours au collet des sacs herniaires, il a encore évité avec beaucoup de soin toute explication sur la structure et l'état de ces collets. On comprend quelle immense latitude d'improvisation se donne un auteur qui écrit sur des questions dont il n'a pas défini les termes.

Il peut, à volonté, y rattacher toutes les considérations imaginables, échapper à toute critique, nier à chaque moment le sens et les intentions qu'on a droit de lui supposer; et telle a été en effet la conduite de M. Malgaigne dans tout le cours de la discussion qui s'est engagée. Ce qui est plus curieux, c'est que M. Malgaigne n'est pas parvenu à laisser soupçonner la plus petite vérité d'application, comme conséquence de *sa doctrine*, et que son avis, adopté ou non, ne change rien au traitement généralement suivi.

Mais examinons par quel artifice, M. Malgaigne a pu s'appuyer sur les faits d'érudition que nous avons exposés, pour arriver à la négation de l'étranglement par les anneaux. Dans la première période renfermant quelques mille ans, on ne savait, dit-il, ni l'anatomie normale, ni l'anatomie pathologique; on n'avait pas la ressource des opérations; dès-lors fausse interprétation des phénomènes. Dans la deuxième, on croit sans raison à l'inflammation et à l'étroitesse de la rupture supposée du péritoine, et on débride. Ici, M. Malgaigne se garde bien de nous dire si c'était pour remédier à cette étroitesse du péritoine que l'on débridait l'anneau sans toucher au péritoine : la contradiction eût été trop manifeste. Dans la troisième époque, on commence par faire table rase des opinions antérieures, on se confie aux lumières d'une anatomie pathologique mal faite, on admet à tort l'étranglement par les anneaux, et, vaincu par les faits, on accorde enfin une place à l'étranglement par le collet. Quant à la quatrième époque, qui est la nôtre, vous la croyez peut-être amnistiée? Détrompez-vous. Va-t-elle, dit M. Malgaigne, ouvrir enfin les yeux à la lumière, rejeter dans l'ombre les présomptions hypothétiques, les faits incomplets et sans valeur? Hélas! nous n'en sommes pas là; nos prétendus secta-

teurs de Bacon tiennent de trop près à l'école cartésienne, et ils préfèrent des théories qui satisfont leur raison à un fait positif qui les dérange. Nous procédons par voie d'hypothèse et de déduction. Et voilà pourquoi M. Malgaigne s'est levé, et est venu enfin éclairer la science du flambeau de la vérité et des bonnes doctrines.

Ainsi J. L. Petit, Scarpa, A. Cooper, Dupuytren, MM. Velpeau, Blandin, et cent autres, se trouvent frappés du plus complet discrédit, en qualité de cartésiens. Ils sont fils de ce dix-huitième siècle, infecté de cet affreux cartésianisme, et les travaux que nous avons la bonhomie d'admirer ne sont qu'amas de rêves et de déceptions.

Louis ayant nié que le sac herniaire pût être réduit en masse, « c'est la faute de Descartes, dit M. Malgaigne, car c'était ainsi qu'on traitait la science, tant la trompeuse philosophie de Descartes avait dominé les plus heureuses intelligences » (*Gaz. méd.* p. 642). Dupuytren a été enchaîné par la théorie qu'il avait reçue de la tradition, et il n'osa l'attaquer de front » (p. *id.*) (Dupuytren a montré, en effet, en niant les luxations du poignet, combien il était enchaîné par les traditions). Malheureusement on ne voulait pas voir ni consulter la pure expérience. »

« La philosophie de Descartes, en donnant à la raison humaine toute prédominance, avait écarté et comme banni l'autorité et l'érudition, et la plupart des travailleurs se contentaient de la raison individuelle, qui seule pouvait les conduire à l'évidence cartésienne, et loin d'aller étudier les observations des autres pour assurer leurs convictions, ils refusaient de lire dans leurs propres observations, quand ils avaient des convictions contraires. »

Qu'espère-t-on avec de pareilles phrases? Est-ce l'admi-

ration de ceux qui ne les comprendront pas, et dont le nombre sera certainement très grand; et ne craint-on pas le dédain de ceux qui sont en état d'apprécier le vide et le peu de justesse de ces mots gonflés de prétention philosophique ? En voilà trop, au reste, sur Descartes et son école si mal appréciée: nous allons rapporter les objections adressées à M. Malgaigne, ainsi que ses réponses, et l'on verra, s'il est, comme il l'assure, partisan dévoué de l'observation et de l'expérience, ou s'il n'en est pas, au contraire, par la tournure et les tendances de son esprit, le plus irréconciliable ennemi.

Peut-on d'ailleurs soutenir sérieusement que notre siècle ferme les yeux à la lumière, et refuse de voir les faits qui le blessent dans ses opinions? Est-il donc un seul fait bien observé qui n'ait pris rang immédiatement dans la science? La question des hernies ne le démontre-t-elle pas jusqu'à l'évidence? Toutes les causes reconnues de l'étranglement ont été admises : étranglemens par les anneaux, par les fascia, par les éraillures aponévrotiques, par le crémaster, le collet du sac, les pseudo-membranes, les brides, l'induration et la rupture de l'épiploon, les déchirures de la tunique vaginale, etc., etc. Tous ces faits n'ont pas trouvé de contradicteurs; mais autant on s'empresse d'accueillir des progrès réels, autant on repousse une phraséologie stérile, derrière laquelle se cache un doute sans valeur.

M. Laugier, dans le premier numéro de la seconde année de son bulletin, s'est élevé contre les conclusions du mémoire de M. Malgaigne, et a déclaré dès l'abord que la question avait été mal posée. Il montre ensuite que la diversité et l'opposition même des opinions chirurgicales sur le siège de l'étranglement herniaire ne prouvent absolument rien en faveur de celle de son adversaire; puis, entrant dans le fond

du sujet, il réfute de la manière la plus péremptoire cette objection de M. Malgaigne, que, si l'étranglement avait lieu aux anneaux, le cordon testiculaire devrait, comme les parties herniées, être frappé de gangrène dans la hernie inguinale, et la circulation être interrompue, dans la hernie crurale, par la compression des vaisseaux cruraux. M. Laugier établit sans peine que l'étranglement circulaire d'un canal large et à surfaces minces et dépressibles comme un intestin, n'est nullement comparable à la simple pression latérale subie par les parties contiguës d'une structure différente. Une observation de Bransby Cooper, et la première que nous rapportons, montreront que l'intestin est quelquefois étranglé par des anneaux très larges, dans lesquels on peut encore introduire le doigt, ce qui exclut toute compression des organes voisins. Enfin, M. Laugier, étudiant directement les faits, en cite plusieurs dans lesquels l'étranglement siégeait à l'anneau. Nous rapporterons le suivant :

David Sugmund, âgé de soixante ans, fut admis à l'hôpital de Guy pour une hernie scrotale droite, volumineuse, ancienne et étranglée. A l'ouverture du sac, le doigt rencontra à l'anneau inguinal un étranglement qui fut largement débridé en dehors du sac ; on essaya de réduire, même avec des efforts considérables, mais inutilement. Le doigt étant porté de nouveau à la partie supérieure du sac, on rencontra à deux pouces au-dessus de l'anneau inguinal, un second étranglement. Ce dernier, dit A. Cooper, était formé supérieurement par le bord du muscle transverse, et inférieurement par le bord demi lunaire du fascia ; ces deux bords pouvaient être sentis distinctement. On passa un bistouri boutonné au-dessous du bord du muscle transverse, entre lui et le sac, et on en fit la section. Alors le doigt put être in-

troduit facilement dans l'abdomen, et il suffit d'une pression légère pour faire rentrer l'intestin.

Ainsi, dans ce cas, le débridement de l'anneau en dehors du sac, ne suffit pas pour la réussite des tentatives de réduction, faites cependant avec une certaine force. On débride, toujours en dehors du sac, un second étranglement; à l'instant toute constriction cesse et l'intestin est facilement réduit; ce n'était donc pas le collet du sac, auquel on n'avait pas touché, qui la produisait.

Vous croyez peut-être M. Malgaigne embarrassé de répondre; rien ne lui est plus facile. « M. Laugier, dit-il, n'a pas bien saisi mes opinions, il m'en attribue que je n'ai et n'aurai jamais, je l'espère, ce qui rend leur réfutation bien plus facile. D'ailleurs la critique de M. Laugier sent parfaitement son dix-huitième siècle, des raisonnemens en quantités, des faits très peu. M. Laugier n'en cite pas un seul qui lui soit propre, est-ce que par hasard il n'aurait jamais vu lui-même l'étranglement par l'anneau dont il est si grand partisan; il n'essaie pas non plus de venger les chirurgiens du dernier siècle du reproche que je leur ai formellement adressé d'avoir établi une doctrine sans preuves, et pour toute preuve, il rapporte une observation de sir A. Cooper qu'il est obligé de compléter par une hypothèse pour la faire cadrer avec son sujet » (*Gaz. méd.*, n° 18, 1841).

N'admirez-vous pas ce ton leste et dégagé et ces accusations étranges, pour faire oublier que l'on ne tente pas même de répondre aux objections proposées. Le reproche fait à M. Laugier de ne pas avoir cité des faits de sa pratique est d'ailleurs fort curieux dans la bouche de M. Malgaigne, qui n'en a pas, dans son mémoire, mentionné un seul qui lui fût propre. Ne soyons pas, au reste, trop surpris de cette

ingénieuse façon d'escamoter les questions, car ce n'est ici qu'un faible exemple de ce qu'il nous est réservé de voir, et poursuivons.

M. Diday, à son tour, après quelques mots d'exorde, dans lesquels il accuse l'irréflexion de ceux qui se livrent au paradoxe sans en comprendre les conséquences ni les dangers, expose successivement les raisons sur lesquelles il se fonde pour repousser une doctrine exclusive et exagérée. Ces raisons, d'une importance réelle pour l'histoire des hernies et pour la question dont nous nous occupons, méritent, à ce titre, d'être reproduites.

1° Ledran dit avoir reconnu, dit M. Diday, que les hommes dont la hernie n'est pas soutenue par un brayer, ont l'entrée du sac fort large. M. Malgaigne professe aussi que toute hernie inguinale volumineuse qui n'est pas contenue, ne présente pas de collet, c'est-à-dire d'épaississement ou de transformation fibreuse du péritoine. L'excellent traité de M. J. Cloquet renferme de nombreux exemples de cette absence du collet, et les observations n°s 5, 9, 12, 13, 16, 33, 41, 49, 66, légitiment cette conclusion de ce professeur : « que, dans les sacs coniques et peu volumineux, le péritoine n'offre souvent, au niveau de l'orifice herniaire, aucune différence appréciable dans son épaisseur et son organisation; il semble simplement se réfléchir et se mouler sur l'anneau aponévrotique. »

M. Malgaigne oserait-il soutenir que toutes ces hernies sont à l'abri de l'étranglement? il devrait en être ainsi cependant, si l'étranglement ne peut avoir jamais lieu qu'au collet. Ici, pas de collet, donc nul étranglement possible, donc inutilité d'astreindre les malades à porter un bandage, con-

séquence implicite qu'aucun homme prudent ne voudrait avoir émise.

2° Dans les hernies étranglées aussitôt que produites, le collet qui n'a pas eu le temps de se former, peut-il être la cause des accidens? Evidemment non. Aussi M. Malgaigne nie-t-il que jamais une hernie se soit étranglée au moment de son apparition; mais rien ne démontre la vérité de cette proposition, et M. Diday la combat par huit exemples qui semblent irrécusables. Pour être admis, d'ailleurs, à repousser un fait reconnu par tout le monde, il faudrait autre chose qu'une négation qu'on pourrait accuser de légèreté et de présomption. M. Bégin a vu, je crois, un cas fort remarquable d'étranglement immédiat. Un garçon meunier, chargé d'un sac de farine, éprouve, en descendant les marches d'un escalier, un craquement dans l'aine, où une hernie venait de se développer. Jamais le malade, soumis aux plus rudes travaux de sa profession, n'avait eu de tumeur dans cette région; l'étranglement se déclare, et M. Bégin est obligé d'opérer. Comment nier ici l'étranglement immédiat?

3° Les hernies du cœcum, dans lesquelles il n'y a pas de sac, ont pu s'étrangler. J.-L. Petit en cite un exemple; Morand, un autre; Scarpa, deux. A quoi dans ce cas attribuerez-vous l'étranglement? si ce n'est aux anneaux, puisque le sac n'existe pas.

4° Dans une foule de cas, on s'est borné à débrider les anneaux, et l'étranglement a été levé. M. Diday a choisi quatorze exemples authentiques empruntés à Ledran, à A. Cooper, à Bransby Cooper, à Aston Key, à M. Bérard et à M. Bonnet. Comment donc l'étranglement aurait-il pu disparaître, puisqu'on n'en avait pas détruit la cause; et n'est-

ce pas la preuve que la constriction dépendait des anneaux et nullement du collet du sac ?

5° L'examen cadavérique démontre également que souvent le collet du sac n'est pas la cause de l'étranglement. A l'autopsie d'une malade, opérée par M. Sanson d'une hernie crurale produite subitement dans un effort pour aller à la selle, M. Teissier constata que le sac, de peu d'étendue, très rétracté vers l'abdomen, ne présentait pas, comme dans les anciennes hernies, de cordon fibreux blanchâtre, apparent sous la surface séreuse. Dans un autre cas d'autopsie, « quelques personnes, dit M. Diday, s'autorisant du mémoire de M. Malgaigne, soutenaient que l'étranglement avait eu lieu au collet; mais je pus facilement les détromper en leur montrant par la dissection que le péritoine, dans le point où il correspondait à l'ouverture de la paroi abdominale, n'avait que son épaisseur naturelle.» M. Diday cite encore l'observation suivante : « Après un débridement en dehors du sac, opéré par M. Bonnet, pour une hernie crurale, et une réduction facile, la mort étant survenue, on trouva à l'autopsie le sac entier : il offrait deux strictures circulaires (correspondant aux deux orifices du canal crural), l'une à sa jonction avec le péritoine abdominal, l'autre sept lignes plus bas. Peu développé entre ces deux sillons, il prenait au-dessous de l'inférieur le volume de l'extrémité du pouce. Sa cavité contenait quelques fausses membranes. Les parois étaient constituées par le péritoine doublé d'un peu de tissu cellulaire graisseux et recouvert d'une couche fibreuse mince; les points correspondans aux deux rétrécissemens n'offraient pas d'hypertrophie sensible. »

Telles sont les cinq principales objections développées par M. Diday, et il doit paraître fort difficile d'y répondre. Voyons

donc comment M. Malgaigne, s'est tiré de cette difficulté.

« Je me suis aperçu, dit-il en commençant, que les traditions avaient été interrompues par la philosophie de Descartes, qui, se plaçant pour toutes les questions dans le fameux doute philosophique, et en appelant uniquement à la raison humaine, faisait ainsi table rase de tous les travaux antérieurs. Le grand représentant de la philosophie cartérienne fut J.-L. Petit, comme la philosophie de Bacon avait produit John Hunter, cet autre grand révolutionnaire. Nous vivons donc aujourd'hui sous un mélange assez équivoque des idées de Descartes et de Bacon. La chirurgie du XVIIIe siècle, enfant d'une philosophie qui accordait tout à l'imagination, s'est servie elle-même autant de l'imagination que de l'observation des faits, etc., etc.»—De là M. Malgaigne passe à la question des anévrysmes, puis aux luxations du poignet, et il arrive enfin, après cinq immenses colonnes consacrées à ces considérations, aux objections de M. Diday. La première et la troisième de ces objections semblent n'avoir pas un moment attiré l'attention de M. Malgaigne, car il les a complétement passées sous silence. Quant à la deuxième, il l'écarte fort agréablement en soutenant qu'on n'a pas la preuve que les hernies n'existaient pas avant l'époque prétendue de leur apparition, et qu'on ne sait pas si l'étranglement avait lieu aux anneaux, au fascia cribriforme, au fascia transversalis ou à la tunique vaginale. Ceci nous fait comprendre pourquoi M. Malgaigne s'est si bien gardé de définir ce qu'il entendait par anneau. En fixant les termes du débat, il rendait sa défaite inévitable, tandis qu'en évitant de rien préciser, il se donnait les moyens d'échapper à toutes les objections. On remarquera cependant que, dans tout le cours de son mémoire, il n'est jamais question que de

l'étranglement produit par l'anneau et le collet. C'est là une doctrine dichotomique facile à saisir ; car tout ce qui n'est pas anneau est collet, et réciproquement. Mais si vous avancez sur ce terrain, M. Malgaigne se rappellera les dix-sept feuillets aponévrotiques décrits par M. Thompson, et vous serez bien habile si vous l'atteignez jamais.

La quatrième objection n'arrête qu'un instant M. Malgaigne, et il la repousse par ce motif qu'il ne lui est pas démontré qu'il y eût étranglement réel, et qu'il ne sait pas d'une manière assez précise jusqu'où a été le couteau de l'opérateur.

Enfin, les autopsies ne prouvent rien. La première fut faite avant que l'attention eût été fixée sur ce point ; donc elle ne saurait compter (attendu probablement que toute bonne observation ne doit dater que des travaux de M. Malgaigne). Dans le second cas, l'étranglement n'était pas à l'anneau. Dans le troisième, le sac offrait deux rétrécissemens ; donc il étranglait (comme s'il était possible que l'anneau étreignît fortement les intestins sans agir également sur le péritoine dont il est doublé).

Après ces plaisantes réfutations, M. Malgaigne termine en rappelant que le pape Léon X (on ne s'attendait guère à voir le pape en cette affaire) voulait bien faire quelques petites concessions à Luther, mais toujours sauf l'autorité papale ; qu'on dénonça Brissot et ses partisans comme les luthériens de la médecine ; que les fanfaronnades castillanes infligèrent aux Hollandais révoltés l'épithète de *gueux*, et mille autres choses très propres, comme on le voit, à prouver que l'étranglement herniaire a toujours lieu par le collet du sac.

Tout paraissait fini, et les chirurgiens, parfaitement éclai-

rés sur la doctrine de M. Malgaigne, le laissaient se complaire dans la justesse, la gravité et la certitude de ses argumens, quand M. Velpeau, fatigué probablement d'entendre nier l'évidence, fit imprimer dans le numéro de la *Lancette*, du 12 février 1841, une de ses leçons, où il contredisait sur tous les points les assertions de M. Malgaigne, déclarant admettre l'étranglement par les anneaux, l'engouement herniaire, l'étranglement des hernies au moment de leur apparition, et déplorant l'illusion dans laquelle vivaient les partisans exclusifs de certaines idées. M. Velpeau, joignant la preuve au précepte, rapportait l'observation d'un malade opéré par lui, en présence d'un grand nombre de médecins et d'élèves, prévenus de l'actualité de la question du siège des étranglemens. Pour montrer que la constriction des parties herniées était produite par le tissu fibreux de l'anneau et non par le collet du sac, M. Velpeau divisa les tissus de l'extérieur à l'intérieur, vis-à-vis du siège de l'étranglement, sans toucher au sac qui avait été largement ouvert dans le scrotum, mais qui était resté intact dans la moitié supérieure du canal inguinal. On aperçut bientôt une rainure circulaire, simulant une ficelle qu'on aurait passée sur la racine de la hernie. Coupant sur cette rainure avec la pointe d'un bistouri droit, M. Velpeau divisa ce cercle évidemment constitué par l'anneau du fascia transversalis, et dès-lors l'étranglement cessa. Notons que le collet du sac n'avait pas été divisé et qu'il fut facile d'en acquérir la preuve irréfragable, en portant un doigt à l'intérieur du sac. Cette dernière manœuvre prouva que l'étranglement avait complétement disparu.

Voilà certainement une démonstration claire et précise, faite en présence d'hommes compétens et se tenant sur leurs

gardes; mais qu'importe à M. Malgaigne, il est vraiment bien au-dessus de ces misères : aussi répond-il immédiatement dans le numéro du 19 février, que M. Velpeau s'est tout simplement trompé, qu'il n'a pas vu ce qu'il affirme avoir vu, par cette raison péremptoire que le fait est impossible et que lui, M. Malgaigne, ne le comprend pas. Il serait assez amusant de rappeler les anathèmes de M. Malgaigne contre ces malheureux cartésiens, coupables, suivant lui, de nier les faits, par cela seul qu'ils déclaraient ne pas les comprendre, de lui en faire l'application, et de lui demander, quel est, dans cette affaire, celui qui sent le plus son XVIIIe siècle, comme il dit. Mais le lecteur est probablement assez édifié, et nous pouvons passer outre.

Qu'importe d'ailleurs à M. Velpeau d'être accusé d'avoir mal vu? M. Malgaigne n'a-t-il pas adressé le même reproche à tous les chirurgiens quels qu'ils soient, puisqu'il est seul de son avis contre tous? N'a-t-il pas dit que J.-L. Petit, Scarpa, Cooper, Dupuytren, etc., avaient mal vu? après cela, on peut se résigner à ne rien savoir, toujours au jugement de M. Malgaigne, et on n'en a pas moins de chances d'être la gloire et l'illustration de la chirurgie.

Dans un dernier numéro de la *Lancette*, 15 mars 1842, M. Velpeau a encore cité un autre fait de hernie inguinale, dans laquelle l'étranglement avait lieu à l'anneau postérieur du canal. Pour démontrer qu'il en était ainsi, M. Velpeau s'y prit de la manière suivante : après avoir décollé le sac dans une étendue suffisante, il le fit tirer en avant par des aides, et l'incisa jusque dans la portion qui était d'abord derrière l'anneau postérieur du canal inguinal, sans toucher à cet anneau, puis il essaya la réduction de l'intestin, toutes les manœuvres furent inutiles, la tumeur ne put être refoulée dans le

ventre. M. Velpeau porte alors le bistouri courbe sur le doigt qui lui sert de guide, et débride l'anneau du fascia transversalis. L'intestin rentre dès-lors, sans aucune difficulté. Dira-t-on encore, ajoute M. Velpeau, que l'étranglement était produit ici par le collet du sac?

Ce professeur rappelle ensuite que les autopsies ont maintes fois démontré l'existence d'étranglemens complétement indépendans du collet du sac, et produits par l'anneau. Il a publié dans les *Annales*, mars 1841, l'observation d'une femme qui mourut après avoir été opérée. L'examen des parties permit de constater de la manière la plus évidente, que le péritoine n'était absolument pour rien dans la constriction, exercée uniquement par l'anneau fibreux (anneau postérieur du canal inguinal) qu'avaient traversé les organes déplacés. Le collet, examiné en place ou déployé après la mort, ne présenta aucune dureté, aucune résistance capable d'expliquer l'étranglement, tandis que l'anneau fibreux débarrassé du péritoine, conservait partout, excepté sur les points divisés, une résistanee parfaitement capable de rendre compte des phénomènes survenus pendant la vie.

M. Malgaigne a répondu (*Lancette*, 29 mars), comme on devait s'y attendre, que les faits de M. Velpeau ne prouvaient rien, parce qu'il y avait anneaux et anneaux, et que ceux de M. Velpeau n'étaient pas les siens.

Vouloir convaincre M. Malgaigne serait tenter l'impossible, et d'ailleurs nous n'en voyons pas l'utilité; aussi n'est pas dans ce but que nous écrivons. Nous nous sommes proposé uniquement d'exposer l'état de la science sur la question des étranglemens herniaires : nous allons ajouter quelques faits, qui nous sont personnels, à ceux déjà cités, et on les verra confirmer, sous le triple rapport de la

pathologie, de la médecine opératoire et de l'anatomie pathologique, la doctrine de l'étranglement par les anneaux, si justement professée par tous les chirurgiens.

« Obs. I. — Wagner (Pierre), âgé de quarante-quatre ans, né à Strasbourg où il exerce la profession de tailleur, d'un tempérament bilieux et d'une constitution vigoureuse, fut atteint, il y a trois ans, d'une hernie inguinale du côté gauche, pour laquelle il s'astreignit à l'usage d'un bandage herniaire. La hernie sortit cependant à trois ou quatre reprises; mais la position et la chaleur suffirent pour en amener la réduction. Le 17 janvier 1842, vers six heures du soir, cet homme sentit tout-à-coup, après avoir bu quelques mesures de bière, sa hernie se reproduire, nonobstant la présence du bandage, qu'il n'avait pas quitté. Rentré chez lui, il souffrit toute la nuit, et appliqua sur la tumeur des briques chaudes qui ne la firent pas disparaître. Il se décida donc à se présenter à la clinique chirurgicale, où il entra le 18. La hernie avait le volume des deux poings et remplissait le scrotum; elle était composée de deux parties : l'une inférieure, molle, fluctuante (épanchement séreux); l'autre globuleuse et d'une grande dureté; la douleur était très vive et arrachait au malade des gémissemens continuels. Après des tentatives inutiles de taxis, M. Sédillot prescrivit un lavement purgatif, un bain et de larges cataplasmes chauds sur la hernie. Le lavement fut rendu avec peu de matières; soif, vomissemens fréquens; le ventre est tympanisé. De nouveaux essais de taxis n'ont pas plus de succès, et vingt-cinq sangsues sont ordonnées.

« Le 19, la nuit a été mauvaise, les douleurs ont augmenté; continuation des vomissemens, hoquet continuel, un lave-

ment purgatif est rendu sans matières; pouls petit, peu fréquent; gargouillement à la pression dans la hernie (entérocèle). Ventre douloureux, tendu, météorisé, agitation, anxiété; le malade réclame l'opération qui est pratiquée à sept heures du soir, quarante-huit heures après le début de l'étranglement. Une première incision faite sur un pli de la peau du scrotum, est étendue depuis l'aine jusqu'à la partie inférieure des bourses. On intéresse la peau, le fascia superficiel, le panicule graisseux; le fascia subjacent, les feuillets plus profonds, dont on eût pu compter une douzaine, et on aperçoit une masse brunâtre formée par le liquide du sac. On continue à couper chaque feuillet, à l'aide du bistouri et de la pince, dans une étendue de sept à huit millimètres, et on ouvre le sac d'où s'échappent soixante à quatre-vingts grammes de sérosité sanguinolente; le sac est alors divisé sur une sonde cannelée dans toute la hauteur de l'incision tégumentaire, et on aperçoit une tumeur d'un brun noirâtre constituée par une anse intestinale dont les deux extrémités sont dans l'anneau.

« Le cordon testiculaire fut trouvé en dedans de la hernie, disposition importante à constater[1], puisqu'elle montrait, d'après l'observation parfaitement confirmée de Chopart et de Desault, que, dans ce cas, l'artère épigastrique se trouvait également en dedans, et que les parties herniées avaient suivi, pour se porter en dehors, tout le trajet du canal inguinal.

« L'intestin offrait une plaque noirâtre et légèrement saillante dans un point très rapproché de l'anneau; partout ailleurs, il était d'une coloration brunâtre uniforme, et ses parois semblaient, au toucher, d'une assez grande épaisseur; elles étaient recouvertes de filamens fibrineux, et on aurait pu croire que la tunique musculaire était à nu. On

sentait dans l'intérieur de l'intestin des matières molles que la compression ne repoussait pas dans l'abdomen.

« Le doigt, porté entre l'intestin et le collet du sac, put pénétrer en partie dans ce dernier, et rompre quelques adhérences déjà formées, ce qui démontre le peu d'énergie de la constriction ; cependant la réduction essayée avec soin resta impossible ; et comme l'intestin avait été déprimé circulairement par l'étranglement, M. Sédillot débrida sur plusieurs points avec le bistouri boutonné porté sur la pulpe du doigt indicateur gauche. Quoique l'étranglement fût léger, il fallut cependant agrandir largement l'anneau, et ce fut seulement alors que la réduction devint possible après qu'on eut attiré l'intestin hors de la plaie pour s'assurer de l'intégrité de ses tuniques.

« La plaie fut pansée à plat, et on la fit suppurer. Le malade était parfaitement guéri au commencement de mars (*Observation recueillie par M. Villemin, aide de clinique de la Faculté de Strasbourg*).

Nous avons supprimé tous les détails concernant les suites de l'opération, parce qu'ils n'avaient pas trait à notre sujet, et nous insisterons seulement sur quelques enseignemens résultant de cette observation.

Nous ferons d'abord remarquer combien la constriction produite par l'étranglement était peu considérable, puisqu'il fut possible d'introduire l'extrémité du doigt entre l'intestin et le collet du sac herniaire. On voit donc que ce collet, à supposer qu'il existât, était peu marqué, ce qui n'est guère en rapport avec cette assertion trop généralisée de M. Malgaigne, que, dans toutes les hernies anciennes contenues par un brayer, le collet se resserre et s'épaissit. On comprend,

en outre, sans qu'il soit nécessaire de revenir sur cette question, pourquoi le cordon testiculaire ne serait pas tombé en gangrène, tandis que cet accident fût infailliblement arrivé à l'intestin si on n'eût pas eu recours à l'opération. Il y avait des matières molles dans l'intestin, dont les parois étaient extrêmement tendues et épaisses ; la réduction sur l'intestin mis à nu ne réussit pas mieux qu'au travers du sac, et il fallut un débridement assez large de l'anneau pour l'obtenir.

M. Malgaigne dirait probablement, s'il discutait les conséquences de ce fait, qu'il est hors de cause, parce qu'il y avait inflammation et non étranglement, car nous l'avons vu soutenir que le caractère de ce dernier accident était la gangrène, et il a prétendu mettre en opposition les deux phénomènes, inflammation et gangrène, comme si cette dernière n'était pas le plus ordinairement la suite nécessaire et inévitable de la première. Un moyen, au reste, de juger la valeur de cette distinction, est de la soumettre au jugement de la thérapeutique. Des sangsues, des saignées, et tout le cortège des antiphlogistiques auraient-ils amené la réduction d'un intestin qu'il nous fût impossible de faire rentrer dans l'abdomen, avant le débridement, quoique nous l'eussions sous nos yeux et que nos doigts pussent directement le saisir ? En se confiant aux antiphlogistiques, ne risquerait-on pas de perdre irréparablement un temps précieux, et de laisser survenir la gangrène, qui rendrait plus tard l'opération inutile? Ce sont là des questions que le praticien doit s'adresser au lit des malades, en se rappelant que le débridement herniaire a d'autant plus de chances de succès qu'il est pratiqué plus tôt.

Le doigt porté dans le collet du sac n'avait reconnu ni froncemens, ni indurations, et le bistouri dut atteindre les

tissus aponévrotiques environnans. Cependant, n'ayant pas la preuve matérielle de la non-participation absolue du collet du sac à l'étranglement, nous nous bornons à l'égard de ce fait aux réflexions précédentes.

« Obs. II.—Zaverer (Barbe), âgée de quarante ans, mariée et ayant eu un enfant il y a dix-huit ans, a été atteinte, il y en a huit, d'une hernie crurale gauche, déterminée par un violent effort. La tumeur, petite et comparée à un œuf d'oiseau, fut réduite, reparut plusieurs fois, mais ne s'étrangla jamais. Deux ans plus tard, une nouvelle hernie se fit à droite, sans que la malade puisse dire quelle en fut la cause. Cette dernière hernie était plus difficile à réduire que la première, car elle resta quelquefois sortie pendant toute une nuit.

« Dans la journée du 7 février 1842, cette hernie reparut pendant des efforts de toux, et, bientôt après, survinrent des vomissemens, du hoquet et de vives douleurs abdominales. Un chirurgien, appelé le lendemain, tenta inutilement la réduction, et les douleurs devenant de plus en plus vives, la malade se fit transporter à la Clinique, à sept heures du soir. Appelé aussitôt, M. Sédillot constata, un peu au-dessus et en dedans du pli de l'aine droite, une tumeur globuleuse, oblongue en dehors, du volume d'une prune de mirabelle, comme pédiculée, dépressible, et excessivement douloureuse aux moindres pressions. M. Sédillot la jugea produite par une entérocèle, et, considérant que les accidens de l'étranglement étaient devenus très rapidement intenses, et qu'il y aurait danger à différer l'opération, il la pratiqua immédiatement.

« La peau fendue crucialement, on découvrit, après avoir divisé plusieurs feuillets cellulo-fibreux, une petite masse

ovoïde de la grosseur d'une noisette, d'une teinte gris-brunâtre et parfaitement pédiculée. Etait-ce le sac ou l'intestin que l'on avait sous les yeux? Il ne s'était pas, il est vrai, écoulé de sérosité, mais on a vu quelquefois des hernies qui n'en contenaient pas. La surface que l'on avait sous les yeux n'était pas lisse; mais souvent de fausses membranes, ou une véritable exsudation plastique, altèrent l'aspect de la séreuse intestinale. Le pédicule de la tumeur était fortement étranglé et ne pouvait être tiré au dehors; cependant M. Sédillot, sentant au toucher quelques gouttes de liquide facile à déplacer, ne crut pas avoir l'intestin sous les yeux, et, ayant divisé un nouveau feuillet constituant véritablement le sac herniaire, on reconnut aussitôt la présence d'une anse intestinale brunâtre, d'une couleur lie-de-vin, molle et à parois amincies, et offrant au côté interne un boursouflement comme œdémateux, noirâtre, dans une étendue circulaire de six à sept millimètres.

« L'intestin était si fortement étranglé que l'ongle du doigt ne pouvait être introduit au-dessous de la constriction; il fallut faire saisir, de chaque côté, les parois du sac incisé, les faire tirer en avant et en dehors pour les tendre; car il ne fut pas possible d'attirer le collet hors de l'anneau, et l'intestin étant déprimé par en bas, M. Sédillot glissa une sonde cannelée sous l'étranglement; ensuite, avec un bistouri droit pointu, qui put seul être employé, il incisa le collet et l'anneau en haut et en dehors, ce qui eut lieu avec un craquement très distinct. L'élargissement produit par ce premier débridement n'étant pas suffisant, on en fit un second un peu en dedans du premier, puis un troisième sur le ligament de Gimbernat. Le doigt put alors être facilement introduit dans l'ouverture herniaire. L'anse intestinale, tirée hors de

l'abdomen, présenta, au point où avait porté l'étranglement, une trace circulaire constituée par une série de petits points bleuâtres, sans diminution persistante de son diamètre. Comme cette altération était superficielle et que les tissus étaient partout exempts de gangrène, M. Sédillot repoussa dans le ventre, par une douce pression, les liquides contenus dans l'intestin, dont la réduction se fit sans obstacle.

« Le pansement fut fait à plat, au moyen d'un linge fenêtré engagé dans la plaie et soutenu par des boulettes de charpie, et le 1er mars, vingtième jour de l'opération, la malade était complètement guérie (*Observation recueillie par M. Villemin, aide de clinique*).

Cette observation est une de celles que la pratique fournit tous les jours, et nous la citons comme un fait commun et ordinaire, parce qu'elle n'en présente que plus d'enseignemens. Quel était le siège de l'étranglement? était-ce l'anneau ou le sac herniaire? Nous répondrons que la question est ainsi mal posée, et que dans un très grand nombre de cas, l'étranglement n'est pas dû à l'une ou l'autre de ces causes, mais dépend en même temps de toutes les deux. Admettons, comme cela est très supposable, que le collet du sac jouât un rôle actif dans la constriction, pense-t-on qu'après l'incision du collet, la réduction eût été obtenue, et que l'étranglement eût été levé? Nous avons évidemment la preuve du contraire dans l'étranglement éprouvé par le collet lui-même, étranglement tel, comme nous l'avons fait remarquer, qu'il était impossible d'y introduire l'ongle du doigt, et que des tractions assez fortes ne le dégagèrent aucunement de l'anneau. Sans doute, on peut dire avec raison que le collet étrangle, quand il forme un cercle fibreux ré-

sistant, et d'un plus petit diamètre que celui de l'anneau qui l'entoure; mais quand le péritoine reste appliqué sur l'anneau, qu'il est froncé et pressé de toutes parts par ce dernier qui le comprime immédiatement, le collet du sac agit d'abord d'une manière passive, puis, si l'inflammation s'en empare, l'indure et l'épaissit, il contribue à son tour à produire activement l'étranglement; mais la preuve qu'il n'agit pas seul ni indépendamment de l'anneau, c'est qu'il reproduit la forme de celui-ci, qu'il n'en est qu'un revêtement, et qu'en le divisant on ne lèverait pas l'étranglement. M. Diday s'était déjà servi d'une comparaison qui nous fera aisément comprendre : il demandait, quand la main, revêtue d'un gant, serre plus ou moins un objet, si c'est la main ou le gant, qui produisent la constriction. Évidemment le gant doit être considéré comme un feuillet intermédiaire sans aucune action : c'est le cas des hernies récentes où l'étranglement siège à l'anneau. Mais supposons que le gant perde son élasticité et sa souplesse, et qu'il reste moulé sur l'objet comprimé, dans ce cas il contribue à la constriction; toutefois, serait-il fendu en plusieurs morceaux, que cette dernière n'en aurait pas moins lieu, et c'est, je crois, pour les hernies, le cas le plus ordinaire. Enfin, si nous admettons dans le gant un mouvement concentrique qui le resserre et l'amène à présenter un diamètre plus petit que le corps environnant, alors il sera seul la cause de la constriction; et c'est, en effet, dans les cas analogues, que les observateurs ont déclaré que le siège de l'étranglement était au collet du sac herniaire.

Comme il est vrai qu'aucune comparaison n'est jamais parfaitement exacte, nous reconnaîtrons volontiers que les anneaux ne représentent pas ordinairement une constriction

active comme celle que déterminerait la main, les hernies s'étranglant le plus ordinairement passivement, comme on l'observe pour la verge introduite dans un anneau de fer ou une anse de corde. Ce n'est pas l'anneau qui se resserre dans ce cas, c'est la verge qui se tuméfie. Ces divers mécanismes sont, au reste, propres aux hernies, et nous avons seulement voulu donner, par un exemple, une idée plus nette du vrai rôle du péritoine dans l'étranglement.

On pourrait demander sur quelle partie aponévrotique nous avons fait porter le débridement au-delà du collet du sac, et si l'étranglement était dû à une éraillure du fascia cribriforme, du fascia transversalis, ou à tout autre feuillet fibreux. A cela nous répondrons que nous n'avons pas cherché à nous fixer sur ce point, croyant dangereux de disséquer la région crurale comme pour une préparation anatomique, lorsqu'il s'agit d'une opération, et regardant comme plus utile d'éviter de la douleur et des accidens aux malades, que de savoir positivement quels tissus on a sous les yeux. Dans beaucoup de cas, en outre, cette recherche serait infructueuse, car les changemens de forme, de siège et de rapport, survenus dans les hernies anciennes, les adhérences produites et les modifications dépendant de l'inflammation, rendent le plus souvent les parties méconnaissables. Nous ne nions pas, certainement, l'importance des notions les plus précises et les plus exactes, mais nous voulons ramener les questions de cabinet à l'expérience pratique, et ne pas sacrifier les réalités aux théories.

« Obs. iii. — Kieffer (Catherine), âgée de trente-huit ans, d'une constitution bilioso-nerveuse, domestique, fut atteinte, il y a quatre ans, d'une hernie crurale gauche, dans un ef-

fort qu'elle fit pour soutenir une personne subitement frappée d'apoplexie. La douleur fut vive; mais la hernie ayant été réduite, il ne survint pas d'autres accidens, et, quoiqu'il restât une petite tumeur dans le pli de l'aine, la malade fit usage d'un bandage qu'elle ne quitta plus, et qui n'empêcha pas la hernie de se reproduire à plusieurs reprises. Cette femme nie avoir eu des enfans, mais des vergetures très distinctes sur l'abdomen, paraissent contredire positivement cette assertion. Depuis un mois, la malade, atteinte d'une diarrhée très forte, a eu souvent plus de trente selles par jour, et ne prenait la nuit aucun moment de repos. Le 5 février 1842, ayant frotté un parquet à genoux, les brosses entre les mains; elle se coucha très fatiguée, et le 6 au matin, elle sentit en se levant une augmentation de volume à sa hernie; elle vaqua cependant à ses affaires et eut encore une selle, mais, vers deux heures de l'après-midi, violentes douleurs abdominales, sentiment d'une barre transversale comprimant le ventre, vomissemens, cessation complète des évacuations alvines.

« Le 7, les vomissemens continuent; hoquet, constipation opiniâtre, anxiété très vive. La malade est amenée à la clinique chirurgicale.

« On constate alors dans le pli de l'aine gauche une tumeur transversale du volume d'un gros œuf de poule, élastique dans certains poinst et au centre, mais présentant tout à l'entour des portions indurées semblables à des ganglions engorgés. Vomissement de matières bilieuses, mêlées à de petits grumeaux ayant l'aspect de matières stercorales; hoquet, vives douleurs, soif, mouvement fébrile, face congestionnée et brunâtre. Le chirurgien de garde essaie inutile-

ment le taxis et prescrit un bain. A cinq heures, M. Sédillot, après avoir également pratiqué le taxis sans résultats, propose l'opération, qui est acceptée.

« Une incision cruciale, faite aux tégumens qui recouvrent la tumeur, permet d'ouvrir ensuite, en dédolant, ses différens feuillets, jusqu'au sac herniaire, d'où s'échappent un peu de sérosité rougeâtre et quelques granulations épiploïques. Le sac herniaire fendu dans toute sa hauteur, et en dehors, on aperçoit une masse épiploïque au milieu et au-dessous de laquelle se rencontre une anse intestinale d'une couleur brunâtre et livide. Le sac herniaire est assez solidement fixé à l'anneau pour qu'on ne puisse pas en amener le collet au dehors, et l'étranglement est tel que l'extrémité du doigt ne saurait être glissée sous la constriction. M. Sédillot pratique sur la sonde cannelée un premier débridement en haut et en dehors, puis deux autres, l'un près du premier, l'autre sur le ligament de Gimbernat, sans le secours de la sonde et en guidant le bistouri sur le doigt. L'intestin, tiré légèrement hors de l'abdomen, ne paraît pas altéré, et, après avoir été vidé par de douces pressions des matières qu'il contenait, on en fait sans peine la réduction. Comme l'épiploon était en partie induré et retenu par des adhérences solides et anciennes, on en fit l'excision, et sept ou huit artérioles durent être liées au fur et à mesure qu'elles étaient divisées. Les ligatures réunies sur un des côtés de la plaie, pour empêcher la réduction de la portion restante de l'épiploon, le pansement fut fait à plat comme dans les cas précédens, et la malade quitta la clinique, parfaitement guérie, à la fin de mars. » (*Obs. recueillie par M. Villemin.*)

Nous ne reviendrons pas sur les réflexions que nous avait

inspirées l'observation précédente, car elles nous paraissent parfaitement applicables à ce dernier fait. Nous ferons seulement remarquer qu'il a fallu trois débridemens de plusieurs millimètres, pour rendre possible la réduction, et c'est à nos yeux la preuve que le collet du sac (l'admettant comme cause de constriction) ne la constituait pas entièrement; autrement une incision portée sur lui, eût suffi pour lever l'étranglement. Nous en devons conclure que le seul débridement du collet serait habituellement une pratique vicieuse, insuffisante, et que rapporter, dans tous les cas, l'étranglement au collet du sac herniaire, c'est vouloir se heurter à chaque instant contre la réalité, et se mettre en contradiction avec les règles les mieux établies de l'expérience.

Une dernière observation confirmera, je crois, de la manière la plus irrécusable la doctrine de l'étranglement par les anneaux, et la dissection anatomique qui a été publiquement faite avec le plus grand soin, ne paraît pas permettre le moindre doute aux esprits les plus difficiles à éclairer et à convaincre.

« Obs. IV. Kayser (Caroline), âgée de vingt-trois ans, idiote de naissance et demeurant à la Robersau, est affectée d'un pied-bot varus du côté droit. Elle est cependant assez grande et bien développée; son tempérament est lymphatico-sanguin ; elle a beaucoup d'embonpoint. Cette jeune fille toussait depuis quelque temps, et s'était plaint de coliques, lorsqu'elle fut prise, le 23 mars, de vomissement, et accusa en même temps de la douleur dans la cuisse droite et dans les reins. Le 24, même état. Le 25, M. le docteur François, appelé, reconnut à l'aine droite la présence d'une tumeur globuleuse pédiculée, très douloureuse au toucher, qu'il

diagnostiqua une hernie crurale, et ne put obtenir des parens ni de la malade aucun détails sur l'origine, la date et la cause de cet accident. La langue était sèche, les vomissemens fréquens, la constipation opiniâtre depuis le début des accidens. La réduction ne put être obtenue par le taxis; trente grammes d'huile de ricin furent immédiatement vomis; des lavemens de toute sorte et en dernier lieu de tabac, administrés le 26, restèrent sans résultat; le 27, l'état de la malade n'ayant pas changé, et les parens se refusant à l'opération, on fit une application de sangsues suivie d'un bain, et trois décigrammes de calomel furent pris et vomis. Depuis la veille, cette fille répandait une odeur urineuse des plus fétides, mais elle se plaignait peu, et avait chaque nuit un peu de sommeil.

« Le 28 mars, les vomissemens, qui avaient été jusque-là bilieux, offrirent un liquide brunâtre ayant tout-à-fait l'odeur des matières stercorales, et le ventre commença à se ballonner. C'est dans cet état qu'elle fut transportée à la clinique, six jours après le début des accidens. On constate au-dessus du milieu de l'aine droite, une tumeur molle, aplatie, large, nullement pédiculée. Cette tumeur n'est pas douloureuse au toucher, le ventre est très sensible, mais la malade est sans fièvre, ne se plaint pas, et continue à vomir de véritables matières stercorales.

« M. Sédillot ayant immédiatement décidé l'opération, la peau fut fendue crucialement, sans que la malade ait paru s'en occuper; il divisa ensuite le fascia superficiel, une couche graisseuse épaisse, puis quelques lamelles subjacentes, et ouvrit une poche lisse à sa surface, remplie d'un liquide jaune blanchâtre d'une odeur stercorale bien caractérisée. Dans cette poche, qui fut prise pour le sac herniaire, était une tumeur d'un rouge brun livide parfaitement lisse, qui

présentait à son côté externe une plaque noirâtre d'un centimètre carré, plus molle que les tissus avec lesquels elle se continuait. On crut avoir sous les yeux une anse intestinale, et on chercha modérément à l'attirer au dehors, sans réussir à la déplacer ; le doigt porté à l'orifice du sac avait rencontré un étranglement très serré qui permettait à peine à l'angle de l'indicateur d'y être introduit. Un premier débridement fut alors opéré avec beaucoup de peine en haut et en dehors, sur l'arcade crurale qui était parfaitement distincte et à nu. Un bistouri convexe dut être porté sur une sonde cannelée, dans l'impossibilité où l'on fut de faire glisser un bistouri boutonné sur l'ongle de l'indicateur. Un craquement distinct fut entendu, mais la constriction était encore trop considérable pour le passage de l'extrémité du doigt. Un second débridement fut donc porté un peu plus en dedans et toujours en haut, et un troisième atteignit le ligament de Gimbernat. Le doigt put alors être porté dans l'orifice de la hernie ; mais ne tombant pas dans l'abdomen et rencontrant de toutes parts une membrane que l'on séparait, M. Sédillot s'aperçut qu'il était en dehors du péritoine et que le sac herniaire n'avait pas été ouvert. Ce dernier, soulevé avec des pinces, se rompit dans le point gangréné pendant des mouvemens violens que fit la malade en accusant de vives douleurs abdominales, et il en sortit aussitôt un liquide jaune, mais manifestement formé de matières intestinales, qui s'écoula à flots dès que la poche du sac eut été fendue. Le doigt engagé dans le sac sentit seulement l'extrémité d'une anse intestinale qui semblait appliquée contre l'anneau ; et dans la crainte d'aggraver encore la position de la malade, qui parut désespérée, on se borna à maintenir ouvert le sac herniaire.

« Reportée à son lit, l'opérée continua à se montrer comme indifférente à ce qui se passait, se plaignit à peine, eut quelques mouvemens convulsifs et expira une heure après.

« L'examen anatomique était du plus haut intérêt pour la question du siège des étranglemens, puisque le collet du sac herniaire était resté intact, et que, par une circonstance involontaire, le débridement n'avait porté que sur les tissus fibreux de l'anneau.

« Les parois abdominales incisées et renversées sur les cuisses, on trouva la portion inférieure droite de l'abdomen remplie du même liquide stercoral qui s'était écoulé par le sac. Les intestins étaient unis entre eux par de fausses membranes assez fortes qui avaient limité l'épanchement. L'anse intestinale herniée était réduite et appliquée en arrière de l'ouverture du canal crural, soit qu'elle eût été entraînée après le débridement par le poids du bout supérieur de l'intestin, énormément distendu par l'accumulation de matières bilieuses et couché dans le fond du petit bassin, soit qu'elle eût été repoussée du sac herniaire pendant les manœuvres de l'opération. Cette anse intestinale avait vingt-quatre millimètres de hauteur; elle était frappée de gangrène et perforée à son extrémité dans une étendue de douze millimètres. Un sillon circulaire, indiquant le point où avait porté l'étranglement, avait tellement rétréci le diamètre intestinal, que l'extrémité du doigt ne pouvait y être engagée. Deux autres perforations de huit millimètres de largeur se rencontraient également dans le trajet du sillon. Tout le bout supérieur de l'intestin, dans une longueur de trois décimètres, était d'une coloration noirâtre et livide, et comme gangréneux.

« Toute la masse intestinale ayant été enlevée de l'intérieur de l'abdomen, on constata que trois doigts au moins

pouvaient être facilement introduits dans le collet du sac herniaire, soit de dedans en dehors de l'abdomen, soit de dehors en dedans. On ne sentait aucune constriction, aucune résistance particulière, sur un point ou sur un autre. Toute la portion du péritoine environnant l'anneau était blanche et sans altération. La portion appartenant au collet du sac, ou plutôt à l'orifice herniaire, était lisse dans la plus grande partie de son contour, doublée au côté interne d'un bourrelet mou et légèrement saillant, et plissée particulièrement du côté externe. Ces plis disparaissaient quand on distendait l'orifice du sac, dont ils contribuaient à l'ampliation. Poursuivant la dissection, on rechercha par quel point la hernie était sortie au dehors, et l'on observa qu'elle s'était fait jour immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, à deux centimètres au-dessus de la terminaison de la veine saphène. Cette veine s'ouvrait dans la fémorale, à la manière ordinaire, en traversant le feuillet superficiel du fascia lata. Ce fascia fut aisément disséqué jusqu'au bord inférieur de la hernie. Il était rempli de gros ganglions lymphatiques, et criblé d'assez larges ouvertures, l'orifice externe de la hernie était très large sans aucun étranglement, et le fascia ne paraissait avoir fait éprouver aucune constriction aux parties herniées. Les enveloppes du sac herniaire avaient beaucoup d'épaisseur et furent séparées l'une de l'autre. Il importait d'examiner dans quel état se trouvait exactement le péritoine, et pour cela, on le sépara doucement de la face interne de l'abdomen jusqu'à l'orifice de l'anneau. Dans ce point il était doublé en dedans d'un tissu cellulaire graisseux et rougeâtre dont il fut possible de le détacher. On répéta la même préparation en dehors, et poursuivant cette dissection, on enleva tout le sac qu'on put déployer alors en-

tièrement sans lui trouver ni épaississement, ni induration, ni plissemens permanens, ni doublure sous forme de bride circulaire; seulement dans la portion du sac herniaire extérieur à l'anneau, le péritoine resta doublé d'une partie de son fascia propria, qui était rougeâtre, et que l'on n'avait aucun intérêt à enlever. Il était ainsi bien évident que le péritoine n'avait pas été ouvert en débridant l'anneau. Les feuillets confondus des aponévroses qui doublent le sac herniaire étaient très épais et parsemés d'un assez grand nombre de ganglions lymphatiques. Une autre masse de ces derniers se trouvait au-dessous de la hernie; toutes ces parties étaient rougeâtres et tuméfiées. L'arcade crurale ayant été mise à nu, en séparant l'aponévrose du grand oblique et la renversant de haut en bas et d'arrière en avant, on trouva les deux incisions qui y avaient été faites, dans le débridement, et elles présentèrent chacune cinq à six millimètres de hauteur. La troisième incision avait porté un peu plus profondément sur le ligament de Gimbernat. Les vaisseaux cruraux ayant été mis à découvert, en renversant le tissu cellulo-graisseux qui les entourait, on trouva, en portant un doigt dans l'orifice herniaire et un autre le long de la veine fémorale, que les tissus intermédiaires à ces deux parties étaient très denses, et on en évalua approximativement l'épaisseur à trois à quatre millimètres. L'artère épigastrique naissait à plus de huit millimètres du bord externe de l'orifice herniaire, et n'aurait pu être atteinte dans le débridement que par une incision de plus d'un centimètre de longueur. L'artère obturatrice provenait normalement de l'hypogastrique. Cette pièce est conservée au Muséum de la Faculté. » (*Observation recueillie par M. Villemin.*)

Ce fait, dont toutes les négations imaginables ne changeront pas le caractère, sera, je crois, pour tous les vrais observateurs, un exemple des plus évidens et des moins contestables d'un étranglement herniaire par l'anneau crural. Mais quelles réunions de circonstances fortuites il a fallu pour que la vérité apparût ici dans toute sa clarté! Si la présence d'un pseudo-sac rempli de liquide ne nous eût pas trompés, nous n'eussions certainement pas tenté de débridement, dans l'espérance de voir s'établir un anus contre nature, et à l'examen cadavérique, que la gangrène de l'intestin, et un épanchement abdominal déjà commencé, eussent nécessairement amené, ou eût contesté le siège de l'étranglement, et on l'eût hardiment fixé au collet du sac. Ici au contraire pas de subterfuge possible, on reconnaît un étranglement tellement serré qu'il faut débrider sur une sonde cannelée et avec un bistouri convexe, le bistouri boutonné n'ayant pu être introduit. L'étranglement levé, on constate l'intégrité du sac herniaire. Il devient certain dès-lors que l'étranglement intestinal persistera s'il est produit par le collet. Mais ce dernier n'exerçant pas de constriction directe ou active, ne retient pas l'intestin qui se réduit. Que révèle maintenant l'autopsie? L'existence d'un collet tellement large que trois doigts y peuvent être introduits, tandis qu'avant le débridement il avait produit un sillon circulaire très serré sur une anse intestinale, dont il avait déterminé la gangrène; ce sillon avait tellement rétréci le calibre de l'intestin que ce dernier n'admettait plus le bout du doigt. Ainsi disproportion évidente entre le volume de la partie étranglée et le diamètre du collet. Soutiendrait-on par hasard qu'un collet assez large pour contenir facilement trois doigts était la cause du sillon tracé sur l'intestin, lors même que ce sillon représenterait un diamètre

beaucoup plus petit? Ce serait prétendre qu'un anneau circulaire de six centimètres de circonférence est susceptible d'étrangler un corps n'en offrant que quatre, conséquence absurde; et on est obligé d'avouer que le collet du sac a été serré sur l'intestin d'une manière passive, parce qu'il était compris entre ce viscère et l'anneau, seule et véritable cause de la constriction. La dissection des parties n'a d'ailleurs laissé aucun doute à cet égard. Le péritoine a été trouvé sain et très extensible, et l'arcade crurale offrait les traces du débridement opéré.

Les faits de ce travail prouvent que les étranglemens herniaires sont produits non-seulement par les anneaux et par le collet du sac, mais souvent aussi par ces deux causes réunies de constriction. Aussi jugeons-nous parfaitement rationnelle la méthode qui consiste à ouvrir le sac herniaire et à débrider le collet et l'anneau, comme on le pratique habituellement. On reconnaît ainsi l'état des parties et l'on se met à l'abri des plus redoutables accidens.

Nous nous croyons donc parfaitement autorisé à conclure que l'étranglement herniaire par les anneaux est une doctrine vraie, justement fondée sur l'expérience et l'observation de tous les temps. Si cette doctrine a paru, un moment, ébranlée, c'est qu'avec du style et de l'imagination, on parvient souvent à jeter du doute sur l'évidence même.

DU STRABISME,

Par A. VELPEAU.

EXAMEN DES MÉTHODES.

(Suite. — Voyez Tom. IV, pag. 318, 385.)

Lorsque ces embarras tiennent à l'action d'une des bande-

lettes internes des muscles droits supérieur et inférieur, il ne m'est pas démontré que la disposition précédente ne doive pas être invoquée en même temps. Ici, du reste, la section des rubans qui résistent peut être pratiquée, et la récidive peut se trouver ainsi prévenue. Seulement il importe de ne pas s'abandonner à de pareils débridemens sans nécessité, attendu que ce serait s'exposer à la saillie de l'œil, à l'exophthalmie, à la fixité de cet organe.

J'ai opéré un certain nombre de louches qui avaient une disposition soit primitive, soit accidentelle, tout-à-fait anormale des muscles. Après avoir divisé la conjonctive vis-à-vis le bord inférieur du muscle droit interne, par exemple, j'ai vu que les ciseaux ne glissaient pas bien, chez eux, sur la sclérotique. Ayant eu recours au crochet mousse, j'ai pu constater alors que le muscle était adhérent à la sclérotique jusqu'à la partie postérieure de l'œil, au lieu d'en être séparé par les lamelles de la région, si bien qu'il était impossible de l'isoler, qu'il a fallu le couper faisceau par faisceau, depuis le voisinage de la conjonctive jusqu'auprès du nerf optique et depuis le muscle droit inférieur jusqu'au muscle droit supérieur. Une seule fois j'ai trouvé un muscle à trois languettes antérieures, comme M. Phillips rapporte en avoir observé plusieurs. J'ai dit plus haut que dans quelques cas de strabisme fixe, ces adhérences en nappe du muscle droit m'avaient paru dépendre d'anciennes inflammations purulentes de l'orbite, mais je dois ajouter que chez deux autres malades cet état avait tous les caractères d'une organisation primitive. Bien que le succès ne soit pas impossible, il faut pourtant convenir que la récidive en pareil cas n'a rien qui doive surprendre. On devine qu'aussi largement divisés, les faisceaux charnus se combineront avec les tissus inter-

médiaires, se recolleront facilement à la sclérotique et pourront reporter invinciblement l'œil dans le sens de sa première déviation. Il arrive, en outre, chez certains malades, que, soit par crainte de la douleur, soit par inintelligence, l'œil opéré reste immobile pendant plusieurs jours en sortant des mains du chirurgien. Il peut même arriver que le malade tienne cet œil aussi fortement que possible dans le sens du strabisme qu'on a voulu détruire. J'ai vu alors la récidive s'établir dès le lendemain par l'effet d'une réunion par première intention de tous les tissus divisés. Une jeune fille, âgée de neuf ans, m'en offrit un exemple parfait au commencement de 1841; l'opération fut aisée, complète : les deux yeux étant ouverts, celui qui venait d'être opéré resta parfaitement droit, il s'agissait d'un strabisme convergent ancien très prononcé. Trois jours après, quand on reconduisit la jeune fille à l'hôpital, nous trouvâmes son strabisme rétabli comme avant l'opération. Les tissus s'étaient si bien réunis dans le grand angle de l'œil, qu'on ne voyait là ni inflammation ni plaie. Je réopérai l'enfant deux jours plus tard; on lui tint un bandeau sur l'autre œil pendant une semaine, et, cette fois, la guérison s'est maintenue entière.

Dans quelques cas encore, l'inflammation, plus intense qu'il ne conviendrait, détermine dans les tissus qui contractent de nouvelles adhérences avec l'œil, une induration trop grande, puis une rétraction insensible qui reproduit à divers degrés la difformité primitive.

ARTICLE XI.

VALEUR RÉELLE DE L'OPÉRATION.

Tout cela prouve-t-il qu'il ne soit pas toujours possible de

redresser les yeux louches? Envisagée dans toute sa rigueur logique, cette question pourrait être résolue par la négative, comme l'a fait M. Bonnet, car, absolument parlant, un chirurgien habile et un malade décidé à tout, ne trouveront guère d'yeux définitivement rebelles. Si la section d'un muscle ne suffit pas, on peut atteindre, je le sais, les muscles voisins. Du muscle droit ou des muscles droits on peut passer aux muscles obliques. Si la division du droit interne entraîne un strabisme divergent, on peut attaquer le muscle droit externe. Si l'œil se dévie de nouveau après avoir été redressé, on peut sans doute encore le redresser une ou plusieurs fois. Il est possible, en un mot, de l'opérer à tant de reprises diverses, qu'en s'y entêtant des deux côtés, on parviendra à le maintenir droit. Mais est-ce ainsi que la question doit être entendue? Pour moi, je ne le pense pas; d'abord il est rare que ces opérations si compliquées, ou qu'on est obligé de répéter un certain nombre de fois, n'entraînent pas quelques-uns des inconvéniens signalés dans un autre chapitre; c'est alors qu'on doit s'attendre à voir survenir ou l'exophthalmie, ou l'éraillement des paupières, ou l'affaissement de la caroncule, ou la fixité de l'œil, ou quelque chose d'incertain, de singulier dans le regard.

De plus, il faut nécessairement établir une division dans ce qu'on appelle les résultats heureux de l'opération du strabisme; admettre une classe de *succès complets* et une classe de *résultats qui laissent encore quelque chose à désirer*.

J'appelle succès complets :

1° Ceux où il est difficile, à moins d'y regarder de très près, de deviner que la personne ait jamais louché et qu'elle ait été opérée;

2° Ceux dans lesquels l'œil conserve sa mobilité, reste d'accord avec son congénère dans ses mouvemens, n'est ni plus saillant ni plus éraillé que l'autre, où la caroncule n'a pas disparu, où le regard ne laisse rien apercevoir de particulier.

Dans l'autre catégorie, je place :

1° Les persones dont l'œil opéré reste habituellement droit ou presque droit, mais de manière à subir encore une légère déviation, soit dans un sens, soit dans un autre, par momens, surtout quand le malade est ému ou sous l'influence de quelque perturbation morale;

3° Ceux dont l'œil ne peut se porter qu'imparfaitement dans le sens de son ancienne déviation;

4° Ceux dont la caroncule est aplatie, dont la commissure des paupières reste légèrement écartée, dont l'œll est un peu plus saillant que l'autre, ou dont le regard n'est pas parfaitemenl assuré.

Comparés à ce qu'ils étaient auparavant, tous ces opérés ne sont pas reconnaissables. Dans le monde on ne s'aperçoit guère de ces légères discordances, et il faut y faire attention pour les remarquer, de sorte que c'est encore un résultat très satisfaisant; mais enfin, pour être juste, il ne faut pas le donner comme parfait.

Envisagée sous ce point de vue, l'opération du strabisme, sur environ 300 exemples m'a donné un résultat que je résumerai ainsi, et dont la série de notes suivantes montrera un spécimen. Chez la moitié des opérés qui se sont conformés aux précautions indiquées après l'opération, le redressement des yeux n'a rien laissé à désirer ni primitivement ni définitivement. Dans l'autre moitié j'en trouve un tiers où le succès n'a été qu'incomplet, et rentre dans la

seconde catégorie dont je parlais tout-à-l'heure, c'est-à-dire, qu'il est resté chez les malades de ce tiers-là soit une très légère déviation en haut, en bas, en dehors ou en dedans, soit un peu de fixité ou de saillie de l'œil, soit une légère discordance dans les axes ou dans les mouvemens des deux yeux, soit une altération visible de la caroncule lacrymale, soit un certain embarras indéfinissable dans l'ouverture et l'aspect des paupières.

Les deux autres tiers de cette dernière moitié comprennent les cas d'insuccès véritable. J'appelle ici insuccès ceux où une déviation en sens opposé succède à la première, où la déviation primitive s'est rétablie en tout ou en partie, où l'œil, au lieu de se tourner en dehors ou en dedans, se dévie en haut ou en bas, où l'exophthalmie, l'immobilité, la fixité du regard, l'incertitude dans les mouvemens de l'œil, sont assez manifestes pour être visibles à tous les yeux. J'appelle insuccès tous ces cas, parce que les malades qui me les ont présentés, n'ayant fait que changer de difformité, conservaient une physionomie disgracieuse, qui frappe tout le monde, après comme avant l'opération. Sans doute que plusieurs des malades dont je parle en ce moment auraient obtenu de meilleurs résultats s'ils avaient voulu se soumettre ponctuellement à nos conseils; mais on leur avait tant dit dans les feuilles politiques que cette opération était plus simple qu'une saignée, qu'elle n'exigeait aucun soin, que la plupart d'entre eux, venant se faire opérer à l'hôpital le matin, se conduisaient, rentrés chez eux, sous le rapport du régime et des occupations, comme si leur œil n'avait pas été touché. Je me garderai donc bien de juger la valeur absolue de l'opération du strabisme, d'établir la proportion exacte des succès et des insuccès qui doivent la suivre, d'après les

faits qui me sont propres, ni d'après les autres faits connus.

On n'arrivera sous ce rapport à un jugement équitable que dans quelques années. L'opération du strabisme, rentrée dans le cadre de la chirurgie générale, ne sera plus pratiquée alors, il faut l'espérer, que par des chirurgiens consciencieux, qui la soumettront, soit avant, soit pendant, soit après, à toutes les précautions convenables, et qui en surveilleront les suites avec soin. Mon appréciation semble d'ailleurs assez conforme, au fond, à celle de M. Bonnet lui-même; car après tout, ce chirurgien, qui regarde la récidive du strabisme comme à-peu-près impossible, ne s'en borne pas moins à énumérer (p. 162, 163) cinquante-quatre exemples seulement de succès complet sur les trois cents opérations qu'il a pratiquées. J'accorde que, comme il le dit, beaucoup de ses opérés qu'il n'a pas revus sont probablement dans le même cas; mais j'admets aussi comme probable qu'il n'aurait pas pu en indiquer beaucoup plus de cent cinquante dans la catégorie des succès parfaits.

Je dois ajouter, au surplus, que la statistique est excessivement difficile en pareil cas, si l'on tient à l'établir d'une manière exacte. Il me serait à-peu-près impossible, par exemple, de la faire porter sans crainte d'erreur sur plus de cent cinquante cas en ce qui me concerne, quoique j'aie pratiqué près de trois cents fois l'opération du strabisme. Une réflexion bien simple suffit pour montrer la difficulté d'un pareil travail. La plupart des malades qui viennent se faire opérer dans les établissemens publics arrivent de différens lieux, et s'en retournent presque tous, immédiatement après, chez eux. Malgré mes recommandations, il en est un grand nombre qui se sont dispensés de revenir se montrer à l'hôpital. Parmi eux, j'en ai trouvé qui ne comprenaient pas que

ce pût être utile, d'autres, qui ne jugeaient pas devoir s'en donner la peine, et un certain nombre, parce que, pour venir à la consultation le matin, ils se trouvaient obligés de déranger leurs travaux de la journée. Une foule de strabiques venant des environs de Paris ou de la province et d'une assez grande distance, sans vouloir rester au-delà de quelques jours parmi nous, n'ont pas permis non plus de constater définitivement leur état. Il est donc réellement impossible de savoir au juste ce qui advient à une certaine proportion des individus auxquels on a tenté de redresser les yeux.

Pénétré de ces difficultés, j'ai pris dès le commencement la précaution, pour les malades du dehors, de conserver leur adresse, et de les faire surveiller pendant deux, trois et quatre mois, en cas qu'ils n'eussent pas assez de déférence pour venir me montrer leurs yeux à l'hôpital aux époques indiquées. Un élève, dont je ne puis trop louer le zèle en cette circonstance, M. Gouraincourt, s'est donné la peine de les aller voir de huit en huit jours, ou de quinze en quinze jours, et de prendre note de tout ce qui leur arrivait. J'ai pu rassembler ainsi environ cent cinquante observations détaillées dont je présente ici le résumé. Comme ces observations ont été recueillies indistinctement sur tous les sujets qui sont restés à notre portée, il est permis de croire qu'elles représentent approximativement la proportion des succès, des demi-succès et des insuccès qui appartiennent à la masse de mes opérés, et je doute, qu'au demeurant, ceux qui ont annoncé de si merveilleux résultats aient en réalité obtenu beaucoup mieux que ce qui ressort de mon tableau.

ARTICLE XII.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS. (1)

1° *Strabisme convergent accidentel. Section du muscle droit interne gauche.* — Barat (Joséphine), 18 ans, rue de Lille. — Cinq jours après, bourgeon de la grosseur d'une groseille. Lotions d'eau fraîche. Section du bourgeon six semaines après. Vision améliorée. Ce strabisme, qui était accidentel et qui survint en nourrice, à ce que dit la mère, causait une absence de vision à-peu-près complète.

2° *Strabisme convergent accidentel. Section du droit interne et d'une portion du droit supérieur.* — Barbilliers, âgée de 11 ans, rue de l'Université, 102. — Huit jours après, bourgeon à l'angle interne de l'œil. Suppuration assez manifeste. Eau blanche. L'inflammation disparut, mais il resta un peu de suppuration. Trois semaines après, œil dans l'état à-peu-près naturel, sauf le bourgeon. Un peu d'inflammation après l'enlèvement de ce tubercule.

Amélioration très marquée dans la vision. Auparavant, les objets apparaissaient doubles. Les caractères les plus fins d'un livre peuvent être aperçus et assemblés sans la moindre hésitation. Le succès est complet et on ne pourrait dire bien positivement quel est l'œil opéré.

3° *Strabisme convergent congénial. Section du droit interne.* — Mademoiselle Dupré, rue de Sèvres, 63. — Le strabisme très prononcé de cette jeune fille a été complètement détruit par la section seule du muscle que nous venons de nommer. Pendant huit à dix jours, œil assez enflammé, pour que l'on ordonne le collyre avec le sucre de saturne.

(1) Il est nécessaire de faire remarquer, pour l'intelligence du texte, que, dans ces observations, c'est M. Gouraincourt qui parle.

La jeune fille n'y voyait point à coudre ni à lire, de l'œil dévié, avant l'opération; elle fut étonnée ensuite d'y voir aussi bien que de l'autre. Le bourgeon tomba de lui-même vingt ou vingt-cinq jours après sa formation.

Succès complet. L'on ne saurait dire quel est l'œil qui a été opéré.

4° *Strabisme convergent de l'œil droit.* — Louis Journeau, 33 ans, rue Saint-Victor, 121. — Les lames intermusculaires offrirent une grande résistance aux ciseaux ; l'œil parut à-peu-près droit après l'opération. Le malade ne voulut pas, quinze jours après, revenir avec moi pour se faire redresser complétement la vue. Je le vis encore au bout de douze jours, ce qui faisait vingt-sept jours depuis son opération. L'opération avait amené de l'amélioration ; mais l'œil était encore dévié. Comme il était très facile à enlever, je pris sur moi de faire la section du petit bourgeon d'un coup de ciseaux, et tout se passa fort bien.

5° *Strabisme convergent. Section du droit interne et d'une portion du droit inférieur.* — Foucard, tailleur, 33 ans, rue de Seine Saint-Germain, 40, opéré des deux yeux, le 6 avril 1841. — L'historique de cet homme, touchant les faits qui se sont passés depuis l'opération jusqu'à ce jour, mérite que nous nous y arrêtions un instant.

Très effrayé avant qu'on eût songé à porter le bistouri sur ses yeux, ce fut bien autre chose quand il eut éprouvé la petite douleur inséparable de l'opération, et qu'il se sentit les deux yeux enveloppés. Rentré chez lui, il se figura avoir une forte fièvre, se coucha, fit diète, et resta pendant sept jours au lit sous l'influence de cette idée. Ses yeux s'enflammèrent un peu. Il revint à l'hôpital seize jours après, une canne à la main, semblant ne pouvoir se traîner et n'o-

sant ouvrir les yeux. Des lotions avec de l'eau de saturne furent prescrites pour le tranquilliser. Ce jour-là, je le vis : ses yeux étaient droits ; aujourd'hui, l'œil droit est redressé ; le gauche offre les caractères d'un strabisme divergent, surtout quand le sujet regarde fixement. Si on ferme cet œil et qu'on le rouvre subitement, on le voit converger, puis, par un mouvement oscillatoire de bas en haut et de côté, il diverge et reste indéfiniment dans cette position. Replacez le doigt, le même phénomène se reproduit exactement.

6° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du droit interne.* — Marie Mignel, 23 ans, domestique, rue Bailleul. — Strabisme congénial ; opérée le 3 mai 1841 ; tout s'est bien passé ; eau blanche ; il ne s'est point formé de bourgeon. Cette fille affirme ne pas y voir mieux qu'auparavant. L'œil est très droit et ne laisse rien à désirer : on ne dirait pas qu'il ait subi la moindre opération.

7° *Strabisme convergent de l'œil gauche, opéré le 3 mars 1841. Section du droit interne.* — Edouard Ansous, 37 ans, rue Bleue, 3. — Rien de remarquable. Il ne s'est point formé de bourgeon : larmoiement, photophobie pendant quinze jours. — J'ai été voir cet homme le 2 mai, et il m'a répondu très résolument qu'il était si enchanté de la manière dont son œil était redressé et de la manière dont sa vue était améliorée, qu'il ne balancerait pas à se faire opérer l'autre s'il était dévié. En effet, le succès est complet. On ne saurait dire quel est l'œil qui a été opéré.

8° *Strabisme convergent des deux yeux ; section du droit interne et d'une portion du droit inférieur.* — Thonet (Louise), 11 ans, rue du Cloître Saint-Merry, 22. — Opérée de l'œil droit le 25 mars ; cette enfant couvrit son œil, et bientôt il survint une suppuration assez abondante ; les lèvres de la

plaie, au lieu de se réunir immédiatement, se plissèrent sur elles-mêmes. Eau blanche, petite compression tant pour réunir les lambeaux de conjonctive que pour bien fixer l'organe, pendant deux jours. Le recollement définitif des lèvres de la plaie eut lieu. Il ne se forma point de bourgeon. — L'autre œil, qui était aussi dévié (œil gauche), a nécessité la même section, et il ne s'est point formé d'excroissance. — L'enfant p étend y voir d'une manière plus distincte. Elle dit qu'ayant les yeux de travers, il lui semblait voir double. Actuellement ses yeux sont bien droits, parfaitement droits.

A l'âge de 4 ans, cette enfant eut des convulsions *internes*. Un matin, à la suite d'une attaque assez forte qui fut suivie de syncope, les yeux se dévièrent complétement et sont restés depuis dans cette position.

9° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du droit interne.* — Dalle, 30 ans, rue de la Tixeranderie, 53; opéré le 5 mars 1841. Lames intermusculaires tenaces sous les branches des ciseaux. Il fallut diviser largement pour accrocher le muscle. Rentré chez lui, cet homme ne fit aucune attention à son œil, et travailla pendant tout le reste de la journée. Il survint une inflammation vive, suivie d'un suintement puriforme abondant. Des topiques furent de suite appliqués, et le mieux se montra au bout de trois jours. Gros bourgeon excisé le 25 mars. Dès ce moment, plus de larmoiement ni d'inflammation; aujourd'hui, encore un peu de rougeur, mais l'œil ne fait éprouver aucune chaleur ni aucune cuisson au malade.

Œil parfaitement droit; un peu d'exophthalmie.

Cet homme y voit bien mieux qu'auparavant: il louche un peu de l'œil gauche, qui n'a pas été opéré, mais l'inflammation survenue au premier l'effraie.

A dix ans, s'amusant avec un de ses camarades, il fut forcé par lui de regarder de travers. « Regarde comme moi, lui dit-il, ou sinon des coups. » Le pauvre garçon obéit, et ses yeux se dévièrent ainsi.

10° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du droit interne.* — Mademoiselle Honorine, rue de la Lanterne, 4; opérée le 7 avril. Aucune inflammation. Après douze jours, tout est rentré dans l'ordre le plus parfait. Point de bourgeon. Aujourd'hui, l'œil est fort droit; mais la jeune fille, qui ne pouvait lire de cet œil auparavant, n'y voit pas mieux maintenant.

Elle attribue son strabisme à des convulsions *internes*. Ces convulsions durèrent huit jours, à l'âge de six ans.

11° *Strabisme convergent de l'œil gauche. Section du droit interne.* — Pierre Leroy, 20 ans, rue Saint-Jacques-la-Boucherie, 4. Les suites de l'opération ont été satisfaisantes. Un peu d'inflammation éteinte par des lotions avec l'eau fraîche. Il ne s'est point formé de bourgeon, si ce n'est une légère excroissance piriforme que j'ai excisée. L'œil paraît plus à nu que le droit, et tend à se cacher sous la paupière supérieure; il ne diverge ni ne converge. Le malade en est très irrité.

Ce strabisme est congénial et héréditaire; le père, la mère et la sœur louchaient.

12° *Strabisme convergent accidentel de l'œil droit.* — Madame Adolphe, aux Batignolles; opérée le 15 mai. L'œil s'enflamma un peu. Bains de pieds, lotions avec l'eau fraîche; bourgeon qu'on excise.

Succès complet, quant au redressement; mais la vue n'est pas améliorée.

Elle prétend loucher depuis l'âge de six ans. A cette épo-

que, elle fit une chute violente qui lui a tordu le nez, et, par un effet singulier, son œil fut dévié.

13° *Florentin Debroc*, cordonnier, rue du Petit-Lion, 1. Opéré le 14 mai 1841 pour un strabisme convergent de l'œil gauche, ce garçon présente actuellement l'un des plus beaux cas de redressement de l'œil. Quant à la vue, qui était faible auparavant, elle n'est pas meilleure actuellement.

A la suite de l'opération, il y a eu une inflammation assez vive; mais elle a été éteinte par le collyre ordinaire.

Ce strabisme survint à l'âge de six ans à la suite de convulsions.

14° *Mademoiselle Joséphine Cursol*, 26 ans, au grand Montrouge. Opérée des deux yeux pour un strabisme convergent, le 22 janvier 1841. L'inflammation fut manifeste deux ou trois jours après; on la saigna deux fois; elle prit des bains de pieds avec sel et vinaigre; lotions avec l'eau blanche; plus tard le collyre ordinaire.

Tout caractère inflammatoire disparut bientôt.

Il ne s'est point formé de bourgeon; yeux droits.

Le strabisme est venu à la suite de convulsions, à l'âge de deux ans.

15° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du muscle droit interne et d'une portion du droit supérieur.* — Jean Bourgeois, âgé de 26 ans, sellier, rue de Bourgogne, 11; opéré le 16 février 1841; revu le 25 juillet suivant. Rougeur légère; bourgeon à l'angle interne, qui a disparu sans excision.

Actuellement, 25 juillet, l'œil est fort droit, et on ne pourrait dire quel est celui des deux yeux qui a subi une opération.

Amélioration dans la vision? On ne peut rien spécifier. — Strabisme congénial.

16° *François Bardin*, 19 ans, cordonnier, rue du Cherche-Midi, 34. Opéré des deux yeux, le 15 janvier 1841, pour un *strabisme convergent*. La section du muscle droit interne fut seule pratiquée. J'ai vu ce garçon, le 20 mars; l'inflammation étant encore notable, les cils étaient encroûtés. Je fis tomber toutes ces croûtes; je lotionnai bien l'œil, et le malade se trouva soulagé. Je lui prescrivis le collyre détersif au sulfate de zinc; une huitaine après, il vint à l'hôpital et ses yeux allaient bien mieux. On coupa deux énormes bourgeons.

Aujourd'hui 12 juin, ce garçon est venu à l'hôpital. L'œil droit diverge sensiblement; la vision, assez peu distincte avant l'opération, n'est pas améliorée.

A l'âge de sept ans, ce jeune homme prétend avoir eu un catarrhe pulmonaire, et c'est pendant cette maladie que ses yeux se sont déviés.

17° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du droit interne.* — Joseph Jourdan, 17 ans, serrurier, rue du Petit-Thouars, 35. Opéré le 26 avril, le jeune homme travailla à son retour chez lui, comme la veille. L'œil ayant été exposé long-temps à la lueur du fer incandescent, le lendemain l'inflammation fut vive. Il lava la partie malade avec de l'eau de sureau.

Lotions avec le collyre au sulfate de zinc, petite compression. Après six jours, l'œil allait merveilleusement. Un peu de pommade au précipité blanc, après enlèvement préalable des croûtes, ramena tout à bien; œil bien droit; la vision cependant n'est pas meilleure qu'auparavant. On a enlevé un petit bourgeon le 24 mai. Le strabisme était congénial.

18° *Section du droit interne.* — Joseph Huard, rue Galande, 31 ans; opéré le 15 mars 1841. L'œil qui convergeait beaucoup, diverge actuellement d'une manière assez mar-

quée. En outre, l'œil opéré semble plus grand que l'autre. Il y eut un peu d'inflammation et de suppuration. Le sujet n'y voit pas mieux qu'auparavant. Le strabisme survint à la suite d'une coqueluche accompagnée de quelques convulsions.

19° *Napoléon Grassard*, 19 ans, rue aux Ours, 3. Ce garçon est chiffonnier. Ce n'est pas par luxe, dit-il, qu'il est venu se faire opérer, mais parce que *ça l'a pris comme ça.* Il louchait de l'œil droit. On lui coupa le droit interne seulement. Il revint le 15 février, quinze jours juste après l'opération ; je le vis dans la cour de l'hôpital et lui demandai ce qu'il venait faire ; il me répondit qu'on lui avait dit de venir se montrer, et qu'il s'était rendu à cette invitation, un petit bourgeon existait à l'angle interne de l'œil.

Du reste, il prétendait y voir bien mieux qu'auparavant à chercher les vieux chiffons ; l'œil était fort droit.

C'est à l'âge de trois ans, à la suite de convulsions, que son œil se dévia.

20° *Strabisme convergent des deux yeux opéré par la section du droit interne.* — Fille Catherine, rue des Batignolles, 13 ; 6 avril 1841. Inflammation assez vive par l'imprudence de la malade qui a cousu peu de temps après ; repos ; lotions d'eau fraîche. Des tubercules se sont formés ; yeux droits. La vue n'est guère meilleure qu'auparavant.

21° *Strabisme convergent de l'œil droit. — Section du muscle droit interne et d'une portion du droit supérieur.* — Joséphine Morizet, âgée de 23 ans, lingère, rue de la Chaise, à Paris ; opérée le 2 juin 1841, vue le 12, le 15, et le 23 août. Trois bourgeons se sont successivement montrés à l'angle interne. Ils n'ont apparu qu'après la sortie de la malade de l'hôpital. Yeux droits.

22° *Strabisme convergent des deux yeux.* — François, 27 ans, portefaix, rue Quincampoix, 10. — Ce garçon d'une faible complexion, d'une assez mauvaise santé, a eu à 15 ans une fièvre cérébrale. C'est pendant cette grave maladie que ses yeux se sont déviés. Il est venu à la Charité le 3 mars, on lui a fait la section du droit interne de chaque œil et d'une portion du droit inférieur. Il est revenu le 24 avril. Il ne s'est point formé de bourgeon. Je l'ai revu le 27 mai, et j'ai remarqué que les yeux divergeaient un peu. La vue mauvaise avant l'opération est meilleure actuellement; mais le grand jour le fatigue encore ; ce n'est que le soir qu'il dit y voir beaucoup mieux.

23° *Strabisme convergent accidentel de l'œil droit.* — *Section du droit interne.* — Grenoud (Eugénie), blanchisseuse, 21 ans, rue des Fossés Saint-Victor. — Cette jeune fille, assez faible de constitution et chlorotique en apparence, a été opérée le 11 avril. Je l'ai revue par hasard le 22 juin ; après l'opération, pendant un mois, l'œil a été enflammé. Des lotions d'eau blanche ont tout rétabli. Mais l'œil se porte un peu vers la paupière supérieure. Pas de bourgeon.

Ce strabisme est venu pour avoir voulu imiter pendant fort long-temps, à 8 ans, une compagne qui louchait.

24° *Strabisme convergent de l'œil droit* (*congénital*). — *Section du droit interne et d'une portion du droit inférieur.* — Nicolle (fille), nourrisseuse, boulevard des Amandiers. — Opérée le 5 mars, revue le 2 juin. Point de bourgeon après l'opération. Inflammation pendant 8 jours. Lotions à l'eau fraîche. L'œil a une physionomie très normale. Il est droit, mais la vue est faible comme devant.

25° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du droit externe.* — Louise-Catherine, rue des Batignolles, 13. — Elle

a été opérée le 3 avril; je l'ai revue le 10 juin. Il était à peine possible de dire quel était l'œil qu'on avait redressé. Plus de rougeur à l'angle interne; point de bourgeon; les paupières comme auparavant; pas la moindre tache à l'œil. Strabisme venu à la suite de convulsions, pendant l'enfance.

26° *Strabisme convergent de l'œil gauche. Section du droit interne.* — Jean Hélouis, garçon de cave, à Sèvres. — Opéré le 6 février, revu le 1er mai. Trois bourgeons venus tour-à-tour ont été excisés par un chirurgien de Versailles. Il reste un peu de divergence. Strabisme congénial.

27° *Strabisme convergent de l'œil gauche, congénial. Section du droit interne.* — Madame Christiani, 35 ans, rue de Babylone, 25. — Inflammation qui dura quinze jours. Lotions avec l'eau blanche, puis avec le collyre.

Opérée le 7 mars, vue le 7 juin.

L'œil est parfaitement droit; le bourgeon formé a été excisé trente-deux jours après l'opération. La vue lui semble fort améliorée; elle coud et lit mieux qu'auparavant.

28° *Strabisme convergent de l'œil gauche, survenu à la suite d'un accès violent d'hystérie, à l'âge de* 16 *ans.* — Elisa Bergons, 21 ans, place de la Bourse. — Sujette à de violentes céphalalgies, actuellement dans une maison publique comme fille de joie; son œil a bien guéri. Pas de bourgeon; l'œil est admirablement droit; la vue, susceptible seulement de faire la différence du jour d'avec la nuit, n'est pas améliorée.

29° *Strabisme convergent, congénial de l'œil gauche. Section du droit interne.* — Louise, 18 ans, rue Neuve-Saint-Augustin. — Cette fille se trouve dans une maison publique; l'opération a complétement réussi. L'œil est par-

faitement droit; il n'y a eu ni bourgeon ni suppuration; en quinze jours, tout a été rétabli. Opérée le 10 mars, revue le 11 juin; l'œil gauche est en tout semblable au droit.

30° *Strabisme convergent de l'œil gauche, survenu à la suite d'une attaque d'hystérie. Section du droit interne.* Rosière (Nathalie), 24 ans, rue du Cadran; opérée le 17 mars, revue le 28 mai. L'œil convergeait et était porté, en outre, vers la paupière supérieure avant l'opération. Il ne converge plus, mais il conserve la seconde position; pas de bourgeon; légère inflammation pendant huit jours. Depuis l'opération, attaque d'hystérie très forte et très longue; l'œil n'en est pas moins resté droit.

31° *Strabisme convergent accidentel de l'œil gauche. Section du droit interne.* — Baptiste Héclard, 30 ans, marchand d'habits, rue des Prouvaires; opéré le 10 mars, revu le 30 mai. L'œil m'a paru fort droit à ma première visite; pas de bourgeon; point de taches; pas la moindre apparence d'opération; écartement naturel des paupières; un peu de larmoiement et de photophobie. Je suis retourné le 24 juin pour voir ce qui s'était encore passé; mais je n'ai plus retrouvé le malade.

Ce strabisme lui vint à la suite de la variole, qu'il eut à dix-sept ans.

32° *Strabisme convergent de l'œil gauche. Section du droit interne.* — Louis Anillon, 37 ans, ouvrier passementier, rue de la Planche; opéré le 12 février, revu le 30 mai. Point d'inflammation, point de bourgeon; l'œil est parfaitement bien redressé; il ne laisse rien à désirer; il a un aspect très normal. Le jeune homme affirme y voir mieux qu'auparavant à travailler à son état; point d'apparence de taches.

A quinze ans, il a eu la variole; et c'est à cette époque

que son œil s'est dévié ; l'autre œil est parfaitement sain.

33° *Strabisme convergent de l'œil gauche. Section du droit interne.* — Emilie Josse, 19 ans, couturière, rue Neuve-Saint-Gilles ; opérée le 26 février, revue le 30 mai. Pendant quinze jours, suppuration ; lotions avec le collyre au sulfate de zinc ; après trois jours de traitement, plus de suppuration ; formation d'un bourgeon, que j'ai excisé le 7 mars. L'œil est parfaitement droit ; la vue n'est point améliorée ; point de taches sur l'œil.

Strabisme survenu pendant une attaque d'hystérie, à l'âge de dix-sept ans.

34° *Strabisme convergent de l'œil gauche.* — Robert, garçon bourrelier, 27 ans, hôtel de l'Espérance, rue Saint-Victor ; opéré le 6 mars ; revu le 28 du même mois et le 30 mai. Formation d'un gros bourgeon que j'ai excisé. Lotions avec l'eau blanche. Le 30 mai, aucune divergence ; l'œil était droit ; plus de trace de bourgeon ni d'inflammation. La vue est double. Strabisme survenu durant une fièvre cérébrale qu'il eut à 19 ans.

35° *Strabisme convergent de l'œil gauche. Section du droit interne.* — Louis Claisse, 20 ans, serrurier, rue Mouffetard ; opéré le 1er mars, revu le 6 juin. Point d'inflammation, point de bourgeon. L'œil est parfaitement droit. Point de taches. Ce jeune homme, sujet à de violens maux de tête depuis son jeune âge, pense que telle est l'origine de son strabisme.

36° *Strabisme convergent de l'œil gauche. Section du muscle droit interne.* — Alphonse Bastide, 20 ans, étudiant en droit ; opéré le 4 mars, vu le 27 juin. L'inflammation a été peu intense et s'est dissipée dans l'espace de trois jours sous l'influence du collyre saturné.

Actuellement les yeux sont très droits et ne présentent pas la moindre trace d'opération. Le jeune homme ne sait trop s'il y voit mieux maintenant qu'auparavant. Strabisme venu à l'âge de 15 ans pour avoir voulu regarder attentivement et dans une position peu favorable un tableau de mathématiques.

37° *Strabisme convergent de l'œil droit. Muscle droit interne.* — Eugénie Mathian, 22 ans, rue St.-Jean-de-Beauvais; opérée le 7 mars, vue le 20 juin. Pas d'inflammation ni de bourgeon. L'œil n'a nécessité de lotions d'aucune sorte. Il est parfaitement droit. Déformation des paupières aucune. La vue n'est pas améliorée.

Le strabisme est héréditaire. La mère est louche du même œil.

38° *Strabisme convergent des deux yeux. Dénudation entière de la sclérotique à l'angle interne.* — Jean Louvois, serrurier, 35 ans, rue Guisarde; opéré le 31 mars, vu le 12 juin. L'œil droit de convergent est devenu un peu divergent. L'œil gauche est très droit. Ce garçon clignotte perpétuellement depuis son opération. Il prétend que sa vue est sensiblement améliorée. Pas de bourgeon.

Strabisme héréditaire. Sa mère, qui demeure à Caen, est louche des deux yeux. Ses deux frères le sont aussi; mais tous les deux d'un seul œil et de l'œil droit.

39° *Strabisme convergent de l'œil gauche. Section du droit interne.* — Jean Essal, 10 ans, rue St.-Honoré; vu le 28 mai, opéré le 3 février. — Collyre au sulfate de zinc pendant 6 jours. Formation d'un bourgeon, que j'ai excisé 20 jours après. L'œil est un peu porté vers la paupière supérieure. De plus, on remarque un peu de vacillation, quand l'enfant regarde fixement.

Cet enfant est d'une constitution cachectique; il a souvent

des maux de tête violens. On ne sait trop comment lui est venu ce strabisme. Il a eu la rougeole; à 5 ans on l'a mené à la campagne, un mois après il en est revenu louche.

40° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du droit interne. Section répétée deux fois : la 1re le 19 février, la 2e le 26 du même mois.* — Julie Lasalle, 11 ans, passementière, rue St.-Martin. — La première fois, inflammation nulle. Réunion par première intention. La seconde fois, l'inflammation a duré 15 jours. Collyre au sulfate de zinc. Revue le 16 mai ; plus de convergence. Mais la vue n'a point été améliorée.

Strabisme par suite de variole à l'âge de 9 ans.

41° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du droit interne.* — Honorine, 21 ans, fille de joie, rue Cœur-Volant ; opérée le 31 mars. — Je l'ai rencontrée une fois dans la rue, le 5 juin. On aurait eu peine à croire qu'elle avait été opérée. L'œil était aussi droit que possible. Rien d'anormal dans cet œil. Mais la vue, faible auparavant, n'a rien gagné. Il y a eu pendant 10 jours une inflammation qui a été éteinte avec de l'eau fraîche. Point de bourgeon.

Lors de l'opération, elle avait un écoulement blennorrhagique.

Strabisme survenu à 16 ans par suite d'une attaque d'hystérie.

42° *Strabisme convergent des deux yeux.* — Emmanuel Langlois, 30 ans, maître-maçon, demeurant à Fontainebleau. — Je n'ai pu le suivre que pendant 15 jours, mais tout avait l'air de bien se passer. Après 10 jours, plus d'inflammation ; point de bourgeon ; les yeux étaient droits. Le droit semblait se porter un peu vers la paupière inférieure.

A l'âge de 22 ans, il tomba d'un premier étage, et se frac-

tura le tibia (il boite encore un peu). On le coucha. Il eut très mal à la tête pendant toute la nuit, et le lendemain on s'aperçut qu'il louchait horriblement des deux yeux.

43° *Strabisme convergent de l'œil droit. Dénudation entière à l'angle interne.* — Louis Niort, 14 ans, charretier, à la Petite-Villette ; opéré le 30 avril, vu le 13 juin. Il y a encore un peu de convergence ; point d'inflammation et point de bourgeon.

Il voit à peine de cet œil, comme avant l'opération ; on remarque, sur la cornée, deux taches en forme de demi-cercles.

Ce jeune homme avait reçu une poignée de sable dans l'œil. Il y eut mal pendant un mois ; le gonflement fut excessif, et, après la guérison, le strabisme se montra.

44° *Strabisme convergent de l'œil droit. Dénudation entière de la sclérotique à l'angle interne.* — Victor-Amédée Masson, 32 ans, commis de magasin, rue Montorgueil ; opéré le 29 mars, revu le 18 avril. Quinze jours après, enchanté de son opération, il voulut se réjouir, mais il attrapa une chaudepisse si bien conditionnée, qu'il eut, précisément à l'œil opéré, une ophthalmie blennorrhagique ; il a perdu l'œil dans l'espace de vingt-quatre heures.

Strabisme congénial.

45° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du droit interne.* — Emile Marchand, 32 ans, sans profession, rue de la Tixeranderie ; opéré le 29 janvier, vu le 6 juin. Pas d'inflammation ni de bourgeon. L'œil est droit, et ne présente pas la moindre altération.

46° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du droit interne.* — Charles Grassot, 25 ans, scieur de long, à Passy ; opéré le 14 avril, vu le 30 juin. Point d'inflammation appré-

ciable; point de bourgeon. Avant l'opération, il ne pouvait lire de cet œil; il en est encore de même; l'œil est parfaitement droit.

Strabisme congénial.

47° *Strabisme convergent de l'œil droit.* — Zoé Mulard, 21 ans, couturière, rue Saint-Victor; opérée le 24 mai, vue le 27 juin. Point d'inflammation; point de bourgeon; le jour de ma visite, on ne voyait plus de trace d'opération. L'œil est parfaitement droit.

Strabisme venu par suite de variole.

48° *Strabisme convergent de l'œil droit.*—Adolphe Millet, 18 ans, bijoutier, quai des Orfèvres; opéré le 15 mars, revu le 6 juin. Le succès est complet; l'inflammation a été très peu de chose; point de bourgeon.

Le malade s'était figuré pouvoir mieux travailler à son état en faisant améliorer sa vue; mais il paraît qu'il n'y a rien de changé; elle est aussi imparfaite qu'auparavant.

Strabisme héréditaire. La mère et la sœur louchent du même œil.

49° *Strabisme convergent de l'œil gauche. Section du muscle interne.* — Catherine Château, 27 ans, domestique, rue du Cherche-Midi; opérée le 10 mars, vue le 8 juin. Inflammation pendant quinze jours, due sans doute à la malpropreté de cette fille; point de bourgeon; point de diplopie actuellement; mais, du 10 mars au 22 du même mois, elle a vu double. Le 23 au matin, ce vice n'existait plus; l'œil est parfaitement droit; on dirait que cette fille n'a jamais louché.

Strabisme congénial, mais non héréditaire.

50° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du droit interne.* — Paul Charrasse, 26 ans, portefaix, rue Galande;

opéré le 2 février, revu le 28 du même mois et le 2 mai. Inflammation pendant six jours, éteinte par des lotions d'eau fraîche; le regard semble un peu fixe. Du 3 février au 12 du même mois, il y voyait double, et déjà il commençait à être peu satisfait; mais cela se passa le 13 février, et son contentement reparut. Actuellement, l'œil est parfaitement droit; pendant la diplopie, il était aussi très droit; la vue est toujours faible.

Strabisme congénial, mais non héréditaire.

51° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du droit interne.* — Luce Jean, 27 ans, bourrelier, rue de l'Université; opéré le 2 mars, revu le 23 mai. Rien de remarquable. Lotions simples à l'eau fraîche. Diplopie qui dura quinze jours; le travail de ce malade en souffrait beaucoup; il ne fit aucun traitement; la diplopie a disparu seule. Depuis ce temps, tout s'est bien passé; l'œil a seulement un peu de tendance à se porter vers la paupière supérieure; la vue était faible auparavant; elle l'est encore au même degré.

L'imitation fut cause de son strabisme. Il paria, à douze ans, de regarder comme un de ses camarades qui louchait; on voit qu'il a réussi parfaitement.

52° *Strabisme convergent de l'œil droit.* — Victorine Roux, 18 ans, couturière, petite rue Taranne; opérée le 5 mai, vue le 4 juillet. Un peu de rougeur pendant trois jours: quoiqu'elle eût travaillé dès le lendemain, aucun autre symptôme inflammatoire ne survint; la vue a été trouble pendant huit à dix jours; il lui semblait voir des brouillards; mais tout s'est éclairci. L'œil est si droit qu'on dirait qu'elle n'a jamais senti d'opération; aucune altération dans l'œil. Elle ne pouvait coudre du droit; actuellement, elle y voit mieux.

Strabisme congénial.

53° *Strabisme convergent de l'œil droit.* — Eugénie, fille naturelle, 21 ans, fleuriste, rue Saint-Martin; opérée le 2 février, revue le 4 juillet. Aucun symptôme inflammatoire; point de bourgeon; le redressement est aussi complet que possible. Auparavant, cette fille ne pouvait distinguer combien on lui montrait de doigts; il en est actuellement de même; cependant les objets paraissent un peu plus colorés; le rouge lui paraît plus vif qu'auparavant. Elle aime à le regarder.

Strabisme survenu à la suite de la variole, à l'âge de 10 ans.

54° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du muscle droit interne.* — Etienne Grangez, garçon d'écurie, à Romainville; opéré le 14 mars et revu le 6 juin. Revenu chez lui, il a porté pendant cinq à six jours un bandeau sur l'œil opéré. Au bout de ce temps, il l'a retiré; mais l'œil est devenu très malade en une soirée. Il a employé de l'eau alcoolisée en lotions. Après quinze jours, tout s'est calmé. L'œil est encore un peu convergent; et, de temps en temps, le sujet a des maux de tête, le soir; quelquefois encore de la photophobie et du larmoiement aux approches de la nuit; mais l'opéré se frotte sans cesse l'œil avec ses mains sales; peu d'amélioration dans la vue.

Strabisme congénial.

55° *Strabisme convergent de l'œil droit. Dénudation entière de la sclérotique à l'angle interne.* — Louis Montillon, 13 ans, aux Batignolles; opéré le 10 avril, revu le 14 juin. Succès complet. Sa mère, qui ne pouvait le faire lire de cet œil, y parvient actuellement; de plus, l'enfant ayant l'habitude de pencher la tête du côté gauche quand il voulait lire, l'a perdue complétement.

Strabisme par suite de convulsions, à 3 ans.

56° *Strabisme convergent de l'œil gauche.* — Emmanuel Guilbert, 28 ans, maçon; opéré le 8 juin, revu le 2 juillet. L'œil est très droit; il ne s'est point formé de bourgeon; il n'y a pas eu d'inflammation. Cet homme ne sait trop s'il y voit mieux à présent qu'auparavant; redressement remarquable.

Strabisme congénial héréditaire; son père et son frère sont louches.

57° *Strabisme convergent de l'œil droit.*—Sautto, 40 ans, cordonnier, rue de la Cité; opéré le 12 avril, vu le 29 juin. Rougeur et suintement pendant huit jours; collyre au sulfate de zinc pendant deux jours; le redressement est complet; il n'y a exactement rien d'anormal dans l'œil; la vue est aussi faible qu'auparavant; la sclérotique a été entièrement dénudée à l'angle interne.

Strabisme survenu à la suite de convulsions, à l'âge de 2 ans.

58° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du muscle droit interne.*—Louis Lecamus, 20 ans, valet de chambre; opéré le 2 février, revu le 1er mai. L'inflammation a duré trois semaines. Il est venu trois fois à la consultation. L'eau blanche fut infructueuse d'abord; le collyre au sulfate de zinc fit tout disparaître. Deux bourgeons se sont formés successivement. L'œil est resté passablement droit. Il converge encore un peu. La vue est faible, comme auparavant. Le gauche auquel on n'a point touché est aussi un peu convergent. Ce garçon a un regard assez bizarre. Strabisme congénial, mais non héréditaire.

59° *Strabisme convergent de l'œil droit. Muscle droit interne.*—Louise Friquet, 35 ans, jardinière à Suresne; opérée le 9 avril, vue le 2 juin. Succès remarquable. Redressement

complet. Point de bourgeon ni de rougeur. — Eau fraîche en lotions pendant 8 jours. Vue faible comme auparavant. Les caractères des titres de livre peuvent être lus; les petits caractères paraissent confus; auparavant elle ne pouvait point lire du tout.

A 5 ans elle voulut loucher pour s'amuser; renouvelant ce jeu souvent, elle loucha ensuite malgré elle.

60° *Strabisme convergent (œil droit). Muscle droit interne.* — Michel-Riche, 32 ans, domestique, rue Saint-Nicolas, 12; opéré le 12 février, vu le 6 juin. Pas d'inflammation ni de bourgeon. L'œil se porte un peu vers la paupière supérieure. Il ne pouvait lire de cet œil auparavant, il en est actuellement de même. L'œil opéré change continuellement de position. Il vacille; une personne qui le regarde est fatiguée de ce mouvement convulsif. Le malade s'en aperçoit à peine : il le sait parce qu'on le lui a dit.

Il ignore quand ce mouvement a commencé. — Strabisme congénial.

61° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du droit interne.* — Caroline, 17 ans, fleuriste, rue Saint-Denis, 19; opérée le 17 mai, vue le 6 juin. Cette jeune fille est sujette à des attaques d'hystérie. C'est pendant une de ces attaques que lui est venu son strabisme.

Tout s'est bien passé, point de bourgeon. Inflammation éteinte par le collyre au sulfate de zinc. L'œil est parfaitement droit.

Strabisme congénial.

62° *Strabisme convergent de l'œil droit. Muscle droit interne.* — Eugénie Maltan, 22 ans, rue des Trois Chandeliers, 10; opérée le 14 avril, vue le 6 juin. Le redressement de cet œil est très remarquable. Il est impossible de dire de

quel œil cette fille louchait. Elle n'a pas eu d'inflammation ni de bourgeon. Elle s'est seulement lavée avec de l'eau fraîche le jour de l'opération. La vue n'est pas améliorée. Auparavant elle ne pouvait coudre passablement de cet œil, actuellement il en est de même.

Strabisme congénial.

63° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du droit interne.* — Baptiste Dubois, 29 ans, sculpteur, rue de la Bûcherie, 9; opéré le 26 avril, vu le 6 juin. J'ai excisé le bourgeon qui s'était formé, et le sujet s'est lotionné l'œil avec l'eau blanche, pendant 5 à 6 jours. Le redressement est complet. On ne dirait jamais que ce garçon a louché. Il ne sait s'il y voit mieux qu'auparavant. Il n'a pu me répondre là-dessus, et ma question lui a paru singulière.

Strabisme congénial et héréditaire. Sa mère louche aussi.

64° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du droit interne.* — Elisa Colasse, blanchisseuse, rue des Arcis, 12; opérée le 17 février, revue le 16 mai. Pendant un mois l'œil a divergé passablement, la malade n'y voyait point double. La divergence a diminué insensiblement. Actuellement elle est moins prononcée. Une inflammation s'est montrée 15 jours après l'opération. Ce qui tient à ce que la malade voulut plisser des colerettes, et fixa du blanc pendant assez longtemps. Le collyre au sulfate de zinc eut un plein effet, et, après 4 jours, tout fut rétabli. Sa vue lui semble améliorée. On ne voit rien d'anormal dans son œil. Peu de divergence.

Strabisme venu à l'âge de 8 ans pour avoir voulu imiter de ses compagnes qui louchaient.

65° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du droit interne et d'une portion du droit supérieur.* — Agathe, 19 ans, fille de la salle Saint-Vincent (hôpital de la Charité);

opérée le 2 avril, revue plusieurs fois jusqu'au 30 mai. — Des lotions d'eau blanche ne purent calmer l'inflammation assez vive qui survint. Le collyre au sulfate de zinc fut, selon l'habitude, bien plus efficace; en 6 jours toute rougeur disparut. L'œil est un peu divergent, mais la déviation est à peine marquée. Il n'y a pas grande amélioration dans la vue. Le sujet, avant l'opération, voyait à coudre. Pas d'écartement des paupières.

Strabisme congénial.

66° *Strabisme convergent de l'œil droit. Droit interne.* — Paul Héralt, 27 ans, garçon menuisier, rue Madame; opéré le 1er mars, vu le 24 mai. L'œil est parfaitement droit, et semble n'avoir jamais été dévié. Le malade ne pouvait et ne peut lire de cet œil. Il n'y a eu aucune inflammation; on n'a employé aucun résolutif. Point de diplopie.

Strabisme venu sans cause appréciable. C'est à 10 ans qu'il s'en est aperçu. Il est sujet à de violens maux de tête.

67° *Strabisme convergent de l'œil droit. — Section du droit interne.* — Adolphe Vial, 35 ans, serrurier, rue Gît-le-Cœur; opéré en mars, et revu le 16 juin. Point de bourgeon. Inflammation pendant 8 jours. A ma dernière visite, j'ai trouvé l'œil parfaitement droit, et il n'y avait plus de trace aucune de l'opération. La vue, faible de cet œil, est restée la même.

68° *Strabisme convergent des deux yeux. Section du droit interne et d'une portion du droit supérieur.* — Mme Baptiste, 34 ans, rue Mouffetard; opérée le 7 mars, revue le 12, le 18 et le 27 juin. Inflammation assez vive, collyre au sulfate de zinc; l'œil droit qui pendant trois jours avait semble redressé, divergea beaucoup; le gauche *resta fort droit.* Je pris alors de la charpie, j'en fis un petit tampon piriforme

dont la base appuyait fortement sur l'angle externe, et à l'aide du bandage *compressif*, je maintins cet appareil et le rendis parfaitement inamovible. Il resta ainsi du 12 au 18. J'ôtai le bandage le 18 au matin et l'œil était *complétement droit*. Je revis en définitive cette femme le 27 juin; ses yeux ne laissaient plus voir de trace d'opération; l'œil gauche qui ne divergeait ni ne convergeait, allait un peu sous la paupière supérieure. Cette femme, qui n'avait pas la vue fort bonne avant d'être opérée, et qui ne pouvait coudre, peut se livrer assez facilement à la couture.

69° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du droit interne.* —Gustave Anchier, 19 ans, à Issy; opéré le 9 mars, et revu le 5 juin. Ici le succès est complet. L'œil est parfaitement droit; lors de ma visite, je ne pus savoir quel était l'œil que l'on avait opéré. Il n'a su me dire s'il y voyait mieux qu'auparavant.

A l'âge de 7 ans, ce sujet se brûla avec de la vapeur d'eau; il paraît qu'il survint aux deux yeux une inflammation très intense, à la suite de laquelle l'œil droit resta dévié.

70° *Strabisme convergent de l'œil droit.*—Antoine Durand, 39 ans, valet, rue de l'Échiquier, puis rue Saint-Honoré; opéré le 11 avril, revu le 27 juin. Inflammation. Collyre au sulfate de zinc. Point de bourgeon. Après dix jours tout avait disparu. L'œil, parfaitement droit, a une physionomie très normale. La vue n'est point améliorée. Mais la pupille de cet œil est resserrée et tout-à-fait immobile. Le strabisme est congénial.

71° *Strabisme convergent des deux yeux. Section du droit interne.* —Louis Roupaire, 11 ans; opéré en mars et revu le 7 juin. Inflammation vive par suite de la malpropreté de la

mère. Collyre au sulfate de zinc, qui eut un plein succès. Point de bourgeon. Les yeux sont très droits. Néanmoins cet enfant a quelque chose dans le regard qui n'est pas naturel. Il fixe avec incertitude, avec une sorte de stupeur. Sa mère prétend qu'il regardait de près; maintenant il regarde à la distance des bonnes vues.

Strabisme venu à 6 ans, à la suite de variole.

72° *Strabisme convergent de l'œil droit.* —Joséphine Millet, 23 ans, à la maison d'asile rue Notre-Dame-des-Champs; opérée en juin, vue le 8 juillet. Point de bourgeon. L'œil est parfaitement droit, et n'offre plus de trace d'opération. Cette fille ne sait dire si elle y voit mieux qu'auparavant. Strabisme congénial.

73° *Strabisme convergent.*—Virginie Barrey, 32 ans, couturière, rue de la Tixeranderie; opérée en février, revue le 15 mai et le 1er juin. Deux jours après l'opération, ophthalmie. Les cils étaient renversés vers le globe de l'œil. A l'aide d'un stylet je les ramenai en avant, et, plaçant un bandage avec des bandelettes de diachylon, je maintins la paupière supérieure écartée du globe. Collyre au sulfate de zinc: tout symptôme inflammatoire disparut. L'œil est toujours resté bien droit.

Strabisme congénial mais non héréditaire. Sa mère a deux taches sur le même œil.

74° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du droit interne.* — Jean Girard, ébéniste, 25 ans, rue de l'Hirondelle, 12; opéré en avril, vu le 29 juin. Point d'inflammation. Point de bourgeon. L'œil est parfaitement droit et ne présente plus de trace d'opération.

A 10 ans il voulut imiter un de ses camarades qui lou-

chait, et il resta lui-même affecté d'une infirmité semblable.

75° *Strabisme convergent.* — Edouard Thill, 30 ans, rue Villedot, 8; opéré en mai et revu le 30 juin. Ce garçon, que j'ai vu plusieurs fois, présenta un cas d'*héméralopie*. En plein midi il distinguait tous les objets parfaitement. Dès que le soir arrivait il n'y voyait qu'à peine à se conduire, même dans les rues les mieux éclairées. Ses yeux, opérés tous les deux par la section du muscle droit interne sont restés parfaitement droits, et ne présentent aucune altération. Cette héméralopie dura 6 jours. Il n'y eut ni inflammation ni bourgeon. Ce garçon demeure maintenant à Versailles.

Strabisme congénial.

76° *Strabisme convergent de l'œil droit.*—Elisa Chessy, à Chaville, blanchisseuse, âgée de 22 ans, opérée en mai, vue le 29 juin. Il s'est formé à l'angle interne un bourgeon que j'ai excisé. Collyre au sulfate de zinc. Tout se passa bien. Sclérotique dénudée entièrement à l'angle interne; cicatrice longue à se former. L'œil est très droit. Des convulsions à l'âge de 2 ans ont été la cause de son strabisme.

77° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du droit interne.* — Isabelle Mortier, 18 ans, bonne d'enfans, rue du Chemin-Neuf, 8, opérée en juin, revue en juillet. L'œil est parfaitement droit; l'inflammation a été rapidement dissipée.

Strabisme congénial, mais non héréditaire.

78° *Strabisme convergent des deux yeux. Section du droit interne.*—Etienne Joly, vitrier, à Charenton, âgé de 26 ans, opéré le 21 mars, revu le 7 juin. Abandonné à lui-même, il n'employa aucun topique, se couvrit soigneusement les yeux, se tint au lit pendant trois semaines environ. Tout rentra dans l'ordre; point de bourgeon; les yeux sont très droits. Il

m'a affirmé avoir vu double dès le lendemain, et pendant quinze jours. Si on l'en croit, la diplopie s'est passée petit à petit au bout de ce temps : pendant le jour, il portait des lunettes ; pendant la nuit, un bandeau sur les yeux. Sa vue lui semble bien améliorée : pour tout renseignement, il voit de sa hauteur une épingle à terre ; auparavant il ne pouvait la distinguer. Il ne sait point lire.

C'est, dit-il, en singeant un de ses camarades, à 10 ans, qu'il a commencé à loucher.

79° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du muscle droit interne.* — Madame Vernier, 32 ans, à Chartres, opérée en juin (le 12 ou le 14). Cette dame, restée à Paris seulement pendant huit jours après son opération, fut, dès le sixième, complétement rétablie. La cicatrice était tout-à-fait formée et l'œil admirablement droit. Point de bourgeon ; rien d'anormal sur la cornée. Vue bonne avant et après l'opération. — Le strabisme était peu prononcé.

Strabisme congénital, non héréditaire.

80° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du droit interne.* — Gustave Guilbert, 30 ans, rue Saint-Nicolas, 17. Cet homme louchait beaucoup de l'œil droit, un peu de l'œil gauche, et voyait à peine à se conduire du premier. Aussitôt après l'opération, cinq ou six heures après, la vue est devenue plus distincte : il peut lire les gros caractères. Point de bourgeon ; légère inflammation pendant trois jours, éteinte par le collyre au sulfate de zinc. L'œil est très droit.

Strabisme congénial.

81° *Strabisme convergent de l'œil droit.* — Louis Farge, distillateur, à Fontainebleau, 30 ans. Je n'ai pu revoir cet homme que trois jours après son opération ; alors l'œil divergeait beaucoup, et la rougeur à l'angle interne était as-

sez vive : cette partie avait été dénudée entièrement. La vue n'avait rien d'anormal ; il disait bien y voir. Je lui conseillai le collyre au sulfate de zinc, et il partit le lendemain.

82° *Strabisme convergent de l'œil droit.*—Michel, 17 ans, commissionnaire, rue aux Ours, 4; opéré le 6 février, revu le 2 mai. A 8 ans, cet enfant reçut une pierre sur l'œil, il y eut mal pendant 2 mois, qu'il passa à l'hôpital Saint-Louis. L'œil blessé est toujours resté convergent et la vue y était presque nulle. Une tache énorme existe sur la cornée. Le redressement est complet. Il n'y a ni inflammation ni bourgeon.

83° *Strabisme convergent.*—Lise Blanche, 21 ans, lingère, rue de la Bucherie, 11; opérée le 19 avril, revue le 5 juillet. Point de bourgeon. Inflammation assez vive calmée par le collyre au sulfate de zinc. Œil admirablement droit et très sain.

Cette fille est sujette à des attaques d'hystérie; c'est pendant l'une d'elles, à 15 ans, que les muscles de cet œil se sont contractés et ont causé le strabisme.

84° *Strabisme convergent de l'œil droit.*—Hanninge (Edmond), 29 ans, ouvrier lampiste, sans domicile, opéré dans le mois de mai, revu le 28 juin. Œil très droit. Point d'inflammation, point de bourgeon. Tout s'est parfaitement bien passé. On ne saurait dire quel est l'œil opéré.

A 12 ans il tomba d'un premier, se fit des contusions à l'occiput et au frontal, les yeux furent violemment malades, et le droit est resté dévié.

85° *Strabisme convergent des deux yeux.*—Joséphine Hélliard, 37 ans, repasseuse à Montmartre, opérée en février, revue le 20 juin. L'œil est parfaitement droit.

Cette femme m'a affirmé être devenue louche pendant les

douleurs de l'enfantement, à l'âge de 17 ans. Elle eut de vives convulsions avant la délivrance.

86° *Strabisme convergent de l'œil droit.* —Zoé Constant, 18 ans, couturière, rue de l'Ancienne-Comédie, 16; opérée le 21 avril, revue le 24 juin. Conjonctivite guérie par le collyre au nitrate d'argent à 0,05. Œil très droit. Point de bourgeon. Cette jeune fille y voit mieux qu'avant l'opération. Elle ne lisait point de cet œil les enseignes des industriels, actuellement elle peut les lire.

Strabisme congénial non héréditaire. L'accouchement de sa mère fut laborieux.

87° *Strabisme convergent des deux yeux.*—Marie, 30 ans, domestique, rue de la Fidélité, 15. Le redressement était plus satisfaisant à l'œil gauche qu'au droit, qui allait se cacher sous la paupière supérieure. Cette fille, qui avait la vue basse *surtout en plein midi*, y voit mieux et ne redoute pas autant la lumière. Elle a souvent de violens maux de tête. Elle fut opérée le 12 mars, je l'ai revue le 19 juin, et son regard m'a paru fort bizarre. On voit bien qu'elle a été opérée. C'est une fille très nerveuse et très vive.

A 17 ans, elle eut avant sa couche des accès répétés d'éclampsie qui furent cause de son strabisme.

88° *Strabisme convergent de l'œil gauche.* —Joséphine Trachel, 19 ans, brodeuse, rue Beaurepaire, 9; opérée le 3 juillet 1841. Cette fille a l'œil admirablement droit.

Pendant 5 jours elle a eu dans les paupières un mouvement convulsif perpétuel et involontaire qui augmentait à chaque clignotement normal. Au bout de ce temps il a disparu sans moyen curatif. La vue est très améliorée.

Strabisme venu à l'âge de 16 ans, à la suite de convulsions.

89° *Strabisme supérieur convergent de l'œil droit. Section*

du muscle droit interne. — Eugénie Roussel, âgée de 17 ans, lingère, rue du Four-Saint-Germain; opérée le 4 mai, revue le 6, le 10, le 16, le 18, le 21 du même mois, et enfin le 5 juillet.

Avant l'opération la pupille était portée vers la paupière supérieure et à la partie interne. On adénudé l'œil dans sa demi-circonférence interne et supérieure. Il en est résulté une exophthalmie. La conjonctive s'est renversée du côté de la *cornée;* j'appliquai un bandage compressif avec les bandelettes de diachylon.

Le 16, j'enlevai ce bandage et l'œil ne laissait rien à désirer. Son regard avait quelque chose d'un peu singulier, cependant je ne constatai plus de déviation. Le 18 et le 21, mêmes remarques. La vue semblait améliorée.

Le 5 juillet, j'ai encore constaté le redressement de l'œil et l'amélioration permanente de la vue.

Strabisme peu prononcé depuis la naissance jusqu'à 9 ans. A cet âge il augmenta en un an d'une manière remarquable, et resta depuis ce temps au point où nous l'avons vu.

90° *Strabisme convergent de l'œil droit.*—Julie Ossan, lingère, 16 ans, près la barrière du Trône, opérée le 7 avril, revue le 17 mai et le 28 juin. Du 7 au 30, l'inflammation sembla ne pas vouloir s'éteindre. A ma première visite, la conjonctive était boursouflée. Collyre au sulfate de zinc. Point de bourgeon; légère tendance de l'œil à se porter vers la paupière supérieure; point d'amélioration dans la vision. Le 28 juin, l'anomalie constatée le 17 du mois précédent n'existait plus; l'œil était parfaitement bien revenu à sa position naturelle : avant l'opération, la malade ne distinguait que les lettres de titre, actuellement elle assemble celles de la plus petite dimension.

Sa mère fut très sujette aux convulsions pendant ses couches. A son premier enfant, elle devint louche des deux yeux : l'enfant, qui est notre sujet, le devint aussi.

91° *Strabisme divergent de l'œil gauche.* — Paul Ricard, journalier, à Boulogne, 31 ans, opéré le 26 février, revu le 11 juillet. L'œil est tellement droit, que l'on ne saurait dire quel œil a été opéré. Il voyait à peine de cet œil, et il lui semble qu'il y voit bien mieux. On ne peut rien spécifier, car cet homme ne sait point lire :

Ce strabisme est une suite de variole ; les yeux restèrent malades pendant trois mois après cette éruption.

92° *Strabisme convergent supérieur de l'œil droit. Section du muscle droit interne et du droit supérieur.* — Louise Malard, lingère, 19 ans, rue de l'Hirondelle, opérée le 11 mai, revue le 8 juillet. Point de bourgeon; point d'inflammation. L'œil est parfaitement droit.

Elle n'était louche que depuis l'âge de 16 ans : c'est pendant une attaque d'hystérie qu'elle a eu l'œil dévié.

93° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du droit interne.* — Victor Durantet, 25 ans, ouvrier sellier, rue Plumet, opéré le 9 mai, revu le 11 juillet. Pendant les douze premiers jours, il y eut de la diplopie; elle se passa peu-à-peu. Collyre au sulfate de zinc. Il n'y a point eu de bourgeon. La pupille se porte un peu vers la paupière supérieure; mais cette petite imperfection n'est guère marquée. Ce garçon ne donne aucun renseignement sur l'état de sa vue.

Strabisme héréditaire. Sa mère, ouvrière à Orléans, louche du même œil, par suite de la variole.

94° *Strabisme convergent supérieur des deux yeux. Section du muscle droit interne et du droit supérieur.* — Adolphe-Jean Ouvrard, 9 ans, à Passy, opéré le 12 mars,

revu le 5 juillet. Lotions avec l'eau et l'eau-de-vie. Il n'y eut pas de bourgeon, et la vue sembla améliorée à l'enfant.

Je vis à ma visite les deux yeux très droits, mais quelque chose d'un peu singulier dans le regard : cependant c'était supportable. Les paupières semblaient plus écartées au gauche qu'au droit.

A 4 ans et 3 mois, il eut d'horribles crises convulsives qui lui dévièrent les yeux. A chaque récidive, la déviation augmentait, et elle resta au point où nous l'avons vue, depuis l'âge de 7 ans.

95° *Strabisme convergent un peu supérieur de l'œil droit. Section du muscle droit interne et du droit supérieur.* — Madame Joubert, brodeuse, 29 ans, rue de la Planche, opérée le 3 juillet.

Le 14, l'œil divergeait. Je plaçai un bandage avec les bandelettes; je laissai la moitié de l'œil très libre, afin qu'on pût instiller du collyre au sulfate de zinc. Le 27, j'enlevai l'appareil, et je vis que l'œil était droit. Il ne s'était point formé de bourgeon, et tout était rentré dans l'ordre normal.

Strabisme venu par suite de brûlure avec de l'eau en ébullition, à l'âge de 5 ans. La déviation, assez peu prononcée jusqu'à l'âge de 11 ans, empira beaucoup à cette époque et resta au point où nous l'avons vue.

96° *Strabisme convergent de l'œil droit.* —Hippolyta Harice, coloriste, 27 ans, rue du Cadran, 19, opérée le 23 juillet 1841. Redressement remarquable. Un peu d'écartement dans les paupières. Vue sensiblement améliorée.

Strabisme venu à l'âge de 5 ans, à la suite de coqueluche.

97° *Strabisme convergent des deux yeux. Dénudation entière de la sclérotique à l'angle interne.*--Joseph Vidalia,

journalier, 31 ans, rue des Arcis, 5, opéré le 31 juin, revu le 15 et le 22 juillet. Trois jours après l'opération, il sembla se développer un travail phlegmasique local avec un peu de réaction générale. Bains de pied, quinze sangsues derrière l'oreille gauche. Le suintement de chaque œil était considérable. Collyre au sulfate de zinc.

Six jours après cette première ordonnance, le malade n'en avait rien fait; ses yeux étaient toujours chassieux, et la céphalalgie était violente. La première ordonnance fut renouvelée. Le 12, je l'ai revu : les yeux sont on ne peut plus droits. Bourgeons aqueux qui se sont vidés spontanément.

Strabisme congénial.

98° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du muscle droit interne et du bord du droit inférieur.*—Victoire, 19 ans, brodeuse, rue des Trois-Chandeliers. Opérée le 14 mai. Collyre au sulfate de zinc. Bandage à demeure pendant 10 jours. Bourgeon que j'ai excisé le premier juin, époque à laquelle je trouvai l'œil fort droit. Le 29 juillet, je la revis, et je constatai un succès complet. Vision sensiblement améliorée.

Strabisme venu par suite de variole à l'âge de 8 ans.

99° *Strabisme convergent de l'œil gauche.* — Rudouin (John), plâtrier, 29 ans, né à Brunswick. —Opéré le 5 juillet 1841. Revu le 1er septembre.

OEil bien redressé. Point de taches, aspect normal.

Strabisme héréditaire, la mère et les deux sœurs sont louches aussi, toutes les trois de l'œil gauche.

100° *Strabisme convergent de l'œil droit. L'œil gauche est un peu dévié. Dénudation entière de la sclérotique à l'angle interne.* — Femme Grand, 36 ans, traiteur, rue St.-Domini-

que St.-Germain, 73; née en Angleterre, opérée le 22 juillet. — Le bandage *oblique* n'ayant pas été bien appliqué, voici l'énumération des symptômes auxquels il donna évidemment lieu.

OEdème des paupières, rougeur vive de la conjonctive, érysipèle palpébral: traitement général et local; enlèvement du bandage.

La malade un peu rétablie, voulut sortir de l'hôpital et revint deux jours après. L'érysipèle avait reparu et menaçait cette fois d'envahir le cuir chevelu. Pommade au sulfate de fer, puis lotions à l'eau de sureau. Saignée.

Après dix jours, petit abcès sur la paupière supérieure. Pas de bourgeon. Collyre au sulfate de zinc.

Je l'ai revue sept ou huit fois. Tout est rentré dans l'ordre. L'œil est aussi *convergent* qu'avant l'opération, ou à-peu-près. Point d'amélioration dans la vision. Il a paru droit seulement pendant les dix premiers jours.

Strabisme suite de variole.

101° *Strabisme convergent de l'œil droit.*—Gilbert Faisan, 15 ans, rue des Poulies; opéré le 4 juin, vu le 20 juillet et le 17 octobre. Immédiatement après l'opération, l'œil gauche, qui louchait un peu aussi, parut droit sans qu'on y eût touché.

Aucun collyre; eau fraîche. Point de bouton.

Le 20 juillet. L'œil droit divergeait un peu et se cachait faiblement sous la paupière supérieure; le gauche était droit. Le sujet ne sut me dire s'il voyait mieux qu'avant l'opération. Strabisme venu à 12 ans par suite de la variole.

102° *Strabisme convergent de l'œil droit.* — Victor Rouez, 23 ans, garçon de café, rue du Cygne; opéré le 1er octobre. Collyre au sulfate de zinc. Resté quatre jours à l'hôpital, il en

sortit avec l'œil bien droit, et y revint le 12 décembre guéri.

Strabisme congénial non héréditaire.

Il n'a pu me dire si sa vue était améliorée.

103° *Strabisme convergent de l'œil gauche.* — Julie, copieuse de musique, 23 ans, rue du Petit-Hurleur ; opérée le 17 septembre, revue le 25 octobre. Eau pure et froide, quelques bains de pied. Le 29 l'œil avait de la tendance à se porter en divergeant vers la paupière supérieure. Le 25 octobre il offrait la même déviation. La vision ne semble point améliorée.

Strabisme héréditaire et congénial. Sa mère louche du même œil. Sa sœur a les yeux très droits.

104° *Strabisme convergent de l'œil gauche.* — Claude Renaud, 11 ans, rue de Chartres, 21 ; opéré le 1er octobre. Aucune espèce de soins ne lui ayant été donnés à la suite de l'opération, chez ses parens, il revint le 3 avec un œil fort enflammé. Entré à l'hôpital, les émolliens triomphèrent promptement du mal. Après onze jours il sortit avec son œil parfaitement redressé, sans tache ni bouton.

Strabisme venu à la suite de convulsions dites internes, à l'âge de un an.

105° *Strabisme convergent de l'œil droit.*—Fiquet Louise, 19 ans, rue Neuve-Richelieu, 1, opérée le 6 mai, revue le 15 juin, le 5 juillet et le 10 août. Restée à l'hôpital huit jours, point d'inflammation ; l'œil ayant une tendance à revenir à sa première direction, fut maintenu fixe à l'aide du bandage. A la consultation du 15 juin, l'œil nous parut parfaitement droit, sans agrandissement anormal des paupières ; il semblait n'avoir subi aucune opération. Il n'y avait eu qu'un petit bouton, qu'on coupa ce jour-là. Le 5 juillet, plus de trace de strabisme ; le 10 août, même état. Vision améliorée.

Strabisme congénial non héréditaire. Seule louche de sa famille.

106° *Strabisme convergent de l'œil droit.*— Morand Charles, 23 ans, menuisier, rue Saint-Nicolas, 3, opéré le 12 juillet, vu le 26 juillet et le 17 septembre. Le 26, l'œil, qui n'avait été lavé qu'avec de l'eau fraîche, était dans un état peu satisfaisant. Saignée; bains de pieds; collyre au sulfate de zinc; Morand n'a point cessé de travailler, fatiguant, quoi qu'on lui eût dit, son œil avec un bandeau permanent. Point de bouton. L'œil avait le 17 un aspect très normal; il était très droit, sans écartement apparent des deux paupières. La vision ne lui semblait point améliorée.

Strabisme venu à la suite d'une commotion du cerveau, à l'âge de 15 ans.

107° *Strabisme convergent de l'œil droit.* —Amélie Pradier, 19 ans, couturière, rue de Bièvre, 7, opérée le 19 mai, revue le 21 de ce mois, le 2 juin et le 19 juillet. Travail dès le lendemain; inflammation vive; lotions avec l'eau de guimauve.

Le 21 mai, collyre au sulfate de zinc; énorme bouton, qu'on enlève le 2 juin. L'œil alors était porté vers l'angle externe, et présentait un strabisme divergent. La malade ne voit pas mieux. Paupières plus écartées. Le 19 juillet, même aspect que précédemment.

Strabisme suite de la petite-vérole, à 11 ans.

108° *Strabisme convergent de l'œil droit. Section du droit interne.* — Eugénie Savart, 24 ans, repasseuse, à Beauvais. Je cite ce cas pour relater l'origine du strabisme.

Cette jeune fille paria avec une de ses compagnes qu'elle regarderait fixement le soleil pendant 3 minutes. Il paraît

qu'elle le fit, et depuis ce moment elle louche très fortement. Cela lui arriva à 14 ans.

109° *Strabisme divergent de l'œil droit. Section du droit externe avec section additionnelle du bord externe des droits inférieur et supérieur.* — Emile-Louis Lampin, rue Vieille-du-Temple. Point de bourgeon. L'œil parfaitement droit ne présente pas la moindre anomalie. C'est un succès remarquable. Opéré le 26 mars : j'ai revu ce garçon (âgé de 26 ans) le 7 avril, puis le 27 du même mois, et je n'ai rien pu constater, sinon un succès complet.

Strabisme congénial.

110° *Strabisme divergent de l'œil gauche.* — Anne Gury, 20 ans, couturière, rue du Coq ; d'une bonne constitution ; opérée le 15 janvier. Section du droit externe et du bord des droits inférieur et supérieur. Les paupières se sont encroûtées. Une conjonctivite blennorrhagique est survenue. C'est alors, 36 jours après l'opération, que je la vis ; les symptômes avaient paru dès le huitième. Un étudiant qui voyait la malade, lui faisait prendre du copahu et du poivre cubèbe en opiat. Revue le 26 mars : l'œil était entièrement redressé, mais la vue de cet œil était considérablement affaiblie. Pas de bourgeon.

Strabisme venu à la suite de convulsions, à l'âge de 4 ans.

111° *Strabisme divergent de l'œil droit.* — Julie, 18 ans ; rue Charenton ; opérée le 24 février, section du muscle droit externe ; pas de bourgeon. Le 15 avril, l'œil opéré vacillait. Le gauche était prit du même mouvement. Pendant 20 jours elle vit double ; le 17 mai, tout mouvement anormal a disparu. La vision n'est plus double ; strabisme congénial ; actuellement l'œil est très droit ; succès complet.

112° *Strabisme divergent de l'œil gauche. Section du droit*

externe. — Isabelle Mangin, 16 ans, blanchisseuse à Meudon ; opérée le 26 mars, vue le 2 mai. Pas d'inflammation. Point de bourgeon. L'œil est parfaitement droit. Vision sensiblement améliorée. *Elle y voit bien mieux à plisser des collerettes.*

Strabisme survenu à la suite de la variole.

113° *Strabisme divergent de l'œil droit. Section du bord externe des droits inférieur et supérieur, après celle du droit externe.* — Louise Montel, 20 ans, bonne d'enfans, rue Montmartre ; opérée le 28 mai, vue le 27 juin. Après l'opération aucune inflammation n'est survenue. Il n'y a pas eu de bourgeon ; l'œil est parfaitement droit. Deux taches existent sur la cornée ; l'opération n'a produit aucun changement sous le rapport de la vue.

Cette fille, sujette à de violens maux de tête, avait les yeux fort jolis et droits à 12 ans.

114° *Strabisme divergent de l'œil droit. Section du muscle droit externe et du bord des droits inférieur et supérieur.* — Louise, lingère, rue de la Huchette, 3 ; opérée en avril, revue le 27 juin. L'œil ne diverge, ni ne converge, mais il tend à se porter vers la paupière supérieure. Du reste la jeune fille, assez satisfaite de l'opération, y voit bien mieux qu'auparavant.

Strabisme congénial et héréditaire. La mère, lessivière à Montargis, les deux sœurs lingères à Briare, sont aussi affectées de strabisme divergent *du même œil.*

115° *Strabisme divergent de l'œil droit. Section du muscle droit externe, du bord des droits inférieur et supérieur.* — Louis Marchand, vitrier à Ville-d'Avray, opéré en mars, revu le 27 juin. Aucune inflammation, ni bourgeon. Dans les 20 premiers jours, l'œil sembla vouloir rester droit, mais

il redevint un peu divergent. Cette anomalie existait encore quand je revis le sujet, et il n'y avait point lieu d'espérer qu'elle disparût.

Strabisme venu à l'âge de 9 ans à la suite d'un violent coup de branche d'arbre. Il eut mal à l'œil pendant un mois.

116° *Strabisme divergent de l'œil droit. Section du muscle droit externe, du bord des droits inférieur et supérieur.* — Maria-Augustine, 21 ans, femme de chambre, rue Cassette, opérée le 5 avril, vue successivement le 20 avril, le 26, le 8 mai, le 15 mai, le 30, et le 12 juin. Pas de bourgeon. Le 8e jour, *diplopie*. Plus d'apparence de strabisme. Le 8 mai la diplopie disparut complétement. Il n'y a plus de trace d'opération et cette fille voit bien mieux qu'auparavant.

Son père *louche*, son frère aussi, et elle a une sœur qui louche horriblement des deux yeux (convergent). Le père et l'autre fils sont affectés de strabisme divergent, comme l'opérée.

117° *Strabisme divergent.*— Emmanuel Thionard, 15 ans, rue des Filles-St.-Thomas, opéré en mai, revu le 3 juillet. — Exemple de succès remarquable. Il est impossible de désigner l'œil opéré. La vue semble un peu améliorée. Il n'y a eu ni inflammation, ni bourgeon. Le muscle droit externe, le bord externe des droits inférieur et supérieur ont été divisés.

Strabisme venu à la suite de convulsions, à deux ans.

118° *Strabisme divergent de l'œil droit. Section du muscle droit externe, du bord externe des droits inférieur et supérieur.* — Philippe Lesieur, 31 ans, garde-champêtre, à Longjumeau, opéré en avril, revu plusieurs fois jusqu'au 10 mai. L'œil sembla vouloir redevenir divergent, pendant les 10 premiers jours. Bandage avec le tampon de charpie

et les deux bandelettes contentives. Le 10 mai, rien d'anormal; l'œil était droit, et il ne restait plus qu'une faible rougeur à l'angle externe.

Strabisme venu à 4 ans par suite de convulsions.

119° *Strabisme divergent de l'œil gauche, avec déformation de la paupière supérieure.* — Edouard Mons, 24 ans, menuisier, rue des Jeûneurs, à Briançon, louche depuis l'âge de 9 ans, opéré le 15 juin, revu le 27 août 1841. Pendant trois jours, compresses d'eau pure sur l'œil; le quatrième jour, collyre au sulfate de zinc.

L'œil est droit; cependant il y a dans le regard de ce garçon quelque chose d'assez désagréable; c'est un strabisme très affaibli.

La déformation de la paupière, dont j'ai parlé, tient à une ancienne brûlure. La vue ne semble point améliorée.

Le strabisme lui-même est survenu à la suite de la variole.

120° *Strabisme divergent de l'œil gauche.* — Achille-Jérôme Jumelle, carrossier, rue du Regard, opéré le 3 mars, revu le 15 juillet 1841. Cet homme n'a employé aucun collyre, pas d'inflammation. Migraine du côté gauche. Pédiluves salés et vinaigrés; l'œil est *parfaitement droit*, et semble n'avoir jamais été dévié.

Il voit actuellement à lire de l'œil opéré, ce qu'il ne pouvait faire auparavant.

Strabisme congénial et héréditaire; la mère est louche du même œil (divergent).

121° *Strabisme divergent de l'œil gauche.* —Jean-Hector Chazot, vitrier-peintre, âgé de 23 ans, né à Couleuvre (Allier), opéré le 21 juin 1841, revu le 21 juillet. On n'a employé aucun bandage; il n'y a pas eu d'inflammation; mais

l'œil est dévié comme devant; il est resté droit pendant 8 jours seulement.

Strabisme venu à la suite de variole (11 ans).

Tableau relatif au genre de strabisme que présentaient mes opérés (1).

Chez les malades que j'ai opérés, le strabisme s'est présenté dans les proportions suivantes sous le rapport de l'espèce et du côté :

Relevé de 128 cas, fait par M. Gouraincourt.

Convergens.			111
Sur ces 111 convergens	doubles.	17	
	à droite	67	
	à gauche.	27	
Divergens.			17
Sur ces 17 divergens	à droite.	10	
	à gauche.	7	
	Total.		128

Relevé de 138 cas, fait par moi.

Convergens.			123
Sur ces 123 convergens	doubles.	20	
	à droite	52	
	à gauche	51	
Divergens			15
Sur ces 15 divergens	doubles.	2	
	à droite.	8	
	à gauche.	5	
	Total.		138

(1) On consultera utilement un tableau détaillé de M. Boinet, dans le travail de ce chirurgien, publié dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales.*

Relevé de M. Bouvier.

Nombre des opérés : 45.

Tous d'un seul œil.

Circonstances particulières : 1 cas de strabisme convergent avait été opéré sans succès par une autre personne.

1 cas de strabisme divergent était consécutif à une opération de strabisme convergent faite par un confrère.

Les muscles divisés ont été le droit interne ou le droit externe, une seule fois le petit oblique avec le droit externe, jamais les droits supérieur, inférieur, ni grand oblique.

29 sujets étaient du sexe féminin.
16 — — masculin.

5 étaient âgés de		8 à 10 ans.
16	—	11 à 20
16	—	21 à 30
8	—	31 à 47

Il y avait 35 cas de strabisme convergent.
10 — divergent (compris le strabisme consécutif indiqué plus haut).

22 cas affectaient le côté droit (exclusivement ou principalement).

23 affectaient le côté gauche.

Le résultat définitif de l'opération, constaté, à peu d'exceptions près, un ou plusieurs mois après, a été le suivant :

1° Strabisme convergent (35 cas).

L'œil a été entièrement redressé dans 25 cas;

Le strabisme a persisté *en partie* ou revenait passagèrement dans 8 ;

Le redressement a été nul ou presque nul dans 2;

Total : 35.

Sur les 25 cas de redressement complet, il y en a eu 8 dans lesquels la position et les mouvemens de l'œil étaient tout-à-fait normaux ;

16 dans lesquels l'œil était trop *au milieu* de l'ouverture des paupières, et son mouvement d'adduction plus ou moins affaibli ou même presque aboli ;

1 dans lequel est survenu un strabisme opposé (en dehors), qui a persisté malgré la section du droit externe.

Nota. Parmi les 16 cas où l'œil a été *trop* redressé, figure celui dans lequel une première opération avait été pratiquée sans succès.

2° Strabisme divergent (10 cas).

L'œil a été entièrement redressé dans 7 cas ; il a présenté dans *tous ces cas* sa position et ses mouvemens normaux.

Le redressement a été nul ou à-peu-près dans 3.

Sur ces 3 cas, 1 n'est autre que le strabisme consécutif à une opération de strabisme convergent pratiquée par un autre chirurgien, et il ne devait pas à la rigueur être rangé avec les autres cas. 1 second de ces 3 cas est relatif à un homme de 47 ans affecté de paralysie du droit interne par suite d'une affection cérébrale, et c'est là aussi un fait qu'on pourrait distraire comme n'ayant rien de commun avec les autres. Il ne resterait ainsi qu'un insuccès sur 8 cas.

Amélioration de la vue par l'opération du strabisme.

Une particularité, à peine remarquée jusque-là, est ressortie de l'opération du strabisme, c'est que presque tous les louches voient mal de l'œil dévié. Chez les uns, le strabisme est compliqué d'ambliopie ou d'une sorte d'amaurose ; les autres ont la vue double ou sont myopes. Il en est aussi qui se fatiguent rapidement les yeux et quelques-uns qui ont un tremblement continuel de ces organes. Je ne voudrais pas

qu'on inférât de mes paroles que la vision est altérée chez tous les individus qui louchent. J'ai remarqué, au contraire, que vingt-cinq fois sur cent environ, les strabiques voient à-peu-près aussi loin de l'œil dévié que de l'œil sain ; mais il n'en est pas moins vrai que le plus souvent, le strabisme influe d'une manière fâcheuse sur l'état de la vue.

Ce fait étant nettement constaté portait à se demander si, comme quelques personnes l'avaient établi auparavant, le trouble de la vue était la cause plutôt que l'effet du strabisme, et réciproquement. Les observations ont bientôt répondu que le strabisme ne résulte point d'un affaiblissement de l'œil, et que les imperfections de la vue, loin d'en être le point de départ, doivent inévitablement en être le résultat. Aussi n'a-t-on pas tardé à dire que l'opération du strabisme amenait non-seulement le redressement des yeux, mais encore le rétablissement de la vision.

Amblyopie.

Ce qu'il y a de plus commun chez les louches, c'est certainement l'amblyopie, vue confuse. Je l'ai observée sur environ la moitié d'entre eux à des degrés variés. Les effets de l'opération sur cet état ne me paraissent pas avoir été rendus exactement. M. Phillips a certainement exagéré en affirmant que l'amblyopie se dissipe presque toujours en même temps que le strabisme. J'ai trouvé une infinité de malades qui ne voyaient pas mieux quinze jours, un mois après l'opération qu'auparavant. L'illusion des praticiens qui pensent le contraire tient à ce que beaucoup de malades s'écrient aussitôt après l'opération et s'en s'être positivement rendu compte de ce qu'ils disent, qu'ils voient beaucoup plus clair,

qu'ils ont déjà la vue meilleure, quoiqu'il n'en soit véritablement rien.

Il est cependant vrai que chez une foule de malades l'opération détruit, en tout ou en partie, brusquement ou insensiblement, cette confusion de la vue. J'en ai observé qui éprouvaient de la sorte une amélioration si rapide et si manifeste qu'on avait lieu d'en être surpris. J'en ai rencontré d'autres dont la vision s'est ensuite fortifiée peu-à-peu au point d'être aussi bonne du côté opéré que de l'autre, un mois ou deux après l'opération. Toutefois, je n'ai rien aperçu qui permît d'indiquer à l'avance si l'état de la vue serait amélioré ou non par l'opération.

Diplopie. — Un certain nombre de louches voient double quand ils essaient de se servir des deux yeux. Il n'y a rien là, on le devine, que de très naturel; car il est difficile que l'axe des deux yeux d'un louche soit en parallèle des deux côtés, que les rayons lumineux qui vont peindre les images sur la rétine ne se croisent pas au point d'amener la diplopie en pénétrant dans l'œil. Il n'y a même guère que les louches dont l'œil dévié voit à peine, qui conservent leur vue simple; mais il faut convenir que ceux-ci sont les plus nombreux, et que parmi les autres il en est qui ne se servent réellement que de l'œil sain, quoique la faculté visuelle se soit maintenue intacte dans l'œil dévié. Cette diplopie est une des complications du strabisme qui m'a paru céder le plus constamment à l'opération. J'ai cependant rencontré un louche qui n'a point cessé de voir double après la division du muscle droit interne, quoique son œil soit resté parfaitement droit, et qu'il n'ait offert aucune sorte de déviation en sens différent de sa déviation primitive.

Myopie. — Bon nombre de strabiques ont la vue courte

du côté de l'œil dévié. Je doute que cela tienne à la compression exercée par les muscles droits, en travers et de haut en bas sur la sclérotique. Je ne suis pas convaincu non plus que par leur action opposée d'arrière en avant et d'avant en arrière les muscles, obliques, ayant les muscles droits pour antagonistes, puissent rendre compte d'une pareille altération de la vue. Toutefois je regarde comme démontré et constaté bon nombre de fois que la myopie des louches, disparaît souvent par suite de l'opération du strabisme.

Amaurose.— Si quelques praticiens ont attribué à l'opération du strabisme la faculté de guérir en même temps l'amaurose, c'est, je le crains bien, par suite d'observations peu concluantes. L'amaurose, comme on sait, dépend généralement de lésions fort graves, tout-à-fait étrangères à la coque de l'œil et à ses annexes. On ne s'imaginera pas, j'espère, que l'amaurose entretenue par quelques lésions éloignées des voies digestives, de l'intérieur de la bouche ou du crâne, du nerf optique ou de la rétine, puisse trouver son remède dans la section d'un ou plusieurs muscles de l'orbite. Il y a sans doute là-dessous quelque confusion dont on ne se sera pas aperçu : l'œil de certains strabiques, resté dans l'inaction depuis de longues années, peut avoir perdu l'habitude de voir. Si donc on lui présente d'abord les objets, il ne les distingue que très confusément et l'on diagnostique aussitôt une amaurose. Celle-là on la diminue, il est vrai, on la guérit même, quelquefois par l'opération, attendu qu'une fois redressé, l'œil s'exerce de plus en plus et finit par retrouver ses fonctions. Mais on sent aussitôt qu'il ne s'agit point là d'une amaurose véritable, d'une maladie comparable à la paralysie soit idiopathique, soit symptomatique de la rétine,

C'en est assez néanmoins pour permettre d'établir que l'abolition presque complète de la vue du côté de l'œil dévié, n'est pas une contre-indication à l'opération du strabisme.

Fatigue des yeux ou *kopiopie*. — MM. Pétrequin (1) et Bonnet ont signalé à l'attention des praticiens une complication du strabisme, que presque tous les autres chirurgiens ont également constatée de leur côté. Cette complication consiste en une disposition très prononcée à la fatigue de l'œil dévié. En effet, si l'on ferme l'œil sain d'un louche et qu'on le force à s'exercer seul, il éprouve bientôt une lassitude, une fatigue, qui oblige le malade à se reposer promptement, à ne pas travailler long-temps. Cette tendance que M. Pétrequin désigne par le terme assez mal sonnant de *kopiopie*, s'explique, il me semble, par le peu de puissance de l'œil malade et par le repos, le défaut d'exercice auquel il reste condamné.

Tous les organes en sont là, de même que tous les êtres de la chaîne zoologique. C'est en conséquence, un fait à-peu-près inévitable. Il n'est personne qui ne comprenne qu'un organe chargé d'une fonction quelconque ait besoin d'une éducation, d'essais nombreux, pour en venir à exercer librement et sans fatigue le travail qui lui est assigné par la nature. Il est en conséquence, tout simple que l'œil, une fois redressé pouvant marcher de concert avec l'autre, finisse par se fatiguer de moins en moins, et ne plus causer de gêne au malade dans ses mouvemens. J'avouerai pourtant que plusieurs de mes opérés ne sont point encore débarrassés complétement de la kopiopie.

Nystagmus, tremblement des yeux. — J'ai rencontré un certain nombre de strabiques qui étaient affectés en même

(1) *Annales d'oculistique*, 1841.

temps du nystagmus, c'est-à-dire de ce tremblotement, de ces oscillations continuelles qu'on observe aussi dans les yeux de certaines personnes qui ne louchent point. Un état pareil dont rien jusqu'ici n'explique la cause ni la nature a cela de singulier que la vue des personnes qui en sont atteintes, et par fois tout aussi parfaite, tout aussi régulière que chez les autres.

Je pourrais citer en particulier un médecin de mérite, M. Selle, qui habite Paris, que je vois depuis vingt ans, et qui offre ce phénomène au plus haut degré, sans que chez lui les fonctions des yeux en soient le moins du monde troublées.

Comme il est difficile de nier l'influence des muscles sur de pareils mouvemens, il était naturel de penser que l'opération du strabisme détruirait le nystagmus en même temps que la loucherie. Si on pouvait en croire certains observateurs, la pratique aurait maintenant pleinement confirmé les prévisions de la théorie. Des exemples ont effectivement été relatés, à l'appui de ces prévisions, et des faits assez nombreux prouveraient sans réplique que le tremblotement involontaire des yeux affectés de strabisme disparaît après l'opération. Mais je ne puis me dispenser d'ajouter qu'il m'est resté quelque doute à ce sujet. Sur quatre ou cinq malades opérés par moi dans ces conditions, il n'en est aucun qui ait été débarrassé radicalement de son nystagmus.

Voici ce qui s'est passé chez un de mes opérés. C'était un enfant âgé de 7 ans, fort, et bien constitué. Il avait depuis sa naissance un double strabisme convergent accompagné d'une oscillation perpétuelle des deux yeux. Tranquille, livré sans émotion à ses occupations d'enfant, il n'avait qu'un léger degré de ce tremblotement. Dès qu'on avait l'air de

s'occuper de lui, de l'examiner, de vouloir approcher ses yeux, on voyait, au contraire, survenir un mouvement rapide, irrégulier, en bas, en haut, en dedans, en dehors en quelque sorte comme celui d'un insecte qui voltige avec vivacité autour d'une fleur. Ce mouvement n'était jamais plus manifeste qu'au moment où nous fermions l'un des yeux du jeune garçon pour mieux explorer l'autre.

Lorsque je l'eus opéré d'un côté, le nystagmus sembla cesser sur l'œil redressé; puis, sans avoir jamais disparu complétement, il revint petit à petit en restant au-dessous de son intensité première dans l'espace de quinze jours. L'opération du côté opposé fut suivie des mêmes effets. Après avoir gardé cet enfant près de deux mois à l'hôpital, je le laissai retourner dans son pays avec un degré de tremblotement des yeux presque aussi considérable qu'avant l'opération, qui avait pourtant suffi pour détruire le strabisme concomitant.

Chose assez bizarre, le frère de ce jeune garçon offrait, mais à un degré moindre, la même complication; âgé de 11 ans, celui-ci nous dit que ses yeux n'avaient pas changé depuis sa plus tendre enfance, et que nous le voyions dans l'état où il avait toujours été. Le père et la mère n'offraient rien d'analogue. L'opération du strabisme n'a pas eu de meilleurs résultats sous le rapport du nystagmus, chez lui que chez son frère.

Je conclus donc que les yeux louches affectés de nystagmus peuvent très bien rester tremblotans après avoir été redressés par l'opération du strabisme. J'ajoute néanmoins que dans certains cas, cette opération paraît sinon détruire, au moins diminuer ces oscillations disgracieuses du globe de l'œil.

Au demeurant, l'opération du strabisme est évidemment de nature à modifier favorablement toutes les fonctions de l'œil. Seulement il ne faut pas se faire illusion au point de croire que le redressement d'un œil, dont la vue a subi quelque altération, suffira toujours pour en rétablir complétement l'état fonctionnel. Il faut aussi, pour ne pas trop se flatter en pareil cas, savoir que, chez les louches, la vue peut être confuse ou presque abolie, vague, courte ou fatigante, de deux façons : 1° par défaut d'exercice de l'organe ; 2° par altération matérielle de quelques-uns des tissus qui le composent.

Dans le premier cas, on comprend qu'un œil qui se dispensait d'agir depuis longues années, une fois revenu dans l'axe naturel de la vision, essaiera de fonctionner avec l'autre, et que, peu-à-peu, il pourra se fortifier, se mettre en mesure de remplir les mêmes actions que son congénère. C'est ainsi que des apparences d'amaurose, que l'amblyopie, la diplopie, la myopie et la kopiopie qui ne reconnaissent pas d'autres causes que le repos prolongé de l'organe, pourront disparaître après l'opération.

Dans le second cas, au contraire, c'est-à-dire, lorsque les troubles de la vue qui compliquent le strabisme dépendent d'une lésion réelle soit du nerf optique, soit de quelque autre nerf de l'orbite, soit de la choroïde, soit de la rétine, il est clair que la section d'un muscle, suffisant pour redresser l'œil, n'aura que peu ou point d'influence sur la complication du strabisme. Toutefois, comme, même chez un amaurotique ou un myope, le redressement d'un œil louche n'est pas à dédaigner, si l'opération du strabisme ne doit pas être considérée comme un remède certain de tous les troubles visuels qui compliquent parfois la déviation des yeux, il n'en est pas

moins convenable de la pratiquer, sans être arrêté par ces complications.

Section des divers muscles de l'œil pour remédier à des affections étrangères au strabisme.

Les résultats qu'on dit avoir obtenus contre certaines perturbations de la vue, en opérant des yeux louches, n'ont pas tardé à faire naître l'idée d'attaquer de la même façon ces perturbations, chez les malades qui ne louchent pas : aussi a-t-on maintenant essayé la section des muscles de l'œil contre la myopie, contre l'amaurose, contre le nystagmus, contre la kopiopie, et dans le but d'éviter l'opération de la pupille artificielle.

Myopie.

C'est par la *vue courte* qu'on a débuté dans cette question. Trois opinions se sont même produites dès l'origine à ce sujet : dans l'une, la myopie dépendait de la brièveté active ou passive des muscles droits, d'où la chance de guérir une pareille infirmité par la section d'un ou de plusieurs de ces muscles. M. Guérin, qui établit deux sortes de myopie, une myopie mécanique ou musculaire et une myopie optique ou oculaire (*Annales d'oculistique*, avril 1841, page 31), cita bientôt des exemples de succès obtenus par l'opération. M. Cunier vint bientôt après signaler des guérisons de myopie obtenues par la section simultanée des muscles droits interne et externe (*Annales d'oculistique*, juin 1841). Il faut y ajouter M. Kuh, de Breslau, qui publia vers le même temps dans le journal de Casper (1841, n° 15) un résultat satisfaisant obtenu chez un myope par la section des quatre muscles

droits; mais cet auteur convient n'avoir retiré aucun succès de l'opération en coupant les muscles droit interne et droit externe chez un autre malade.

M. Phillips, représentant direct des idées et de la pratique de M. Dieffenbach, soutient, au contraire, que c'est le muscle grand oblique qui produit la myopie et que c'est lui qui doit être coupé. Pour M. Bonnet (*Des sections musculaires*, etc.), ce serait, au contraire, le petit oblique; et ces messieurs rapportent, chacun de leur côté, un certain nombre de faits pratiques à l'appui de leur théorie.

Je m'étonne, au surplus, qu'une discussion sérieuse ait pu s'élever entre eux sur ce sujet; car il me paraît naturel d'admettre que, si les muscles droits peuvent causer la myopie en se raccourcissant, il doit en être absolument de même des muscles obliques. En effet, si pendant la rétraction des muscles droits le globe de l'œil trouve un point d'appui en arrière, ce ne peut être que par la réaction des muscles obliques; or, si ces derniers se rétractent ou se raccourcissent, ne trouveront-ils pas dans les muscles droits des antagonistes du côté de la cornée? Si la myopie peut être rattachée à une saillie trop grande de la cornée par l'influence de l'action musculaire, c'est donc aussi bien l'un des muscles de l'œil que l'autre qui peut en être la cause.

Quoi qu'il en soit de ces explications, ayant admis et professé depuis long-temps à ma clinique que le staphylôme transparent de la cornée, que les staphylômes de l'œil, en général, sont un effet mécanique de l'action des muscles sur le globe de l'œil, j'étais fort disposé à adopter les théories nouvelles sur la myopie; aussi n'ai-je point hésité à attaquer cet état de la vue par la section de certains muscles. Je me hâte de dire cependant que je n'ai opéré de la sorte qu'un seul malade,

tant les résultats de mon premier essai m'ont peu satisfait. C'était chez un homme âgé de quarante-cinq ou quarante-six ans, myope de naissance et affecté de nystagmus; ce malade, qui habitait la province, avait lu dans les journaux politiques ce qui se débitait sur la myotomie oculaire, et avait pris le parti de venir à Paris pour s'y faire opérer, le voulant, l'exigeant absolument. Après l'avoir acclimaté pendant quelques jours à l'hôpital, je pratiquai la section du muscle droit interne d'un seul côté. Dès le lendemain, il nous assura y voir de plus loin qu'auparavant. J'attendis une douzaine de jours; au bout de ce temps, je coupai le muscle droit externe du même côté, autant pour prévenir un strabisme divergent, qui s'établissait déjà et une diplopie fatigante, que pour compléter l'opération.

Différens exercices auxquels je soumis ce malade nous démontrèrent qu'il avait en réalité la vue moitié plus longue qu'avant l'opération; mais comme la diplopie persistait et qu'elle pouvait s'expliquer par la différence du champ fonctionnel des deux organes, j'opérai l'autre œil avec les mêmes précautions que le premier. La myopie a paru cesser dans cet œil comme elle avait fait dans l'autre, mais la vue est restée vague, confuse, et la diplopie, qui avait cessé pendant quelque temps, s'est bientôt montrée de nouveau. De plus, l'un des yeux a fini par se dévier en dedans. J'ai cru devoir réopérer de ce côté, comme pour un strabisme convergent; le muscle droit externe ayant été divisé antérieurement, je n'ai pu redresser complétement l'œil que mécaniquement, par une compression méthodique de l'angle interne des paupières.

Quand j'ai cru n'avoir plus rien à désirer pour la rectitude des yeux, j'ai remarqué que ces organes ne pouvaient

plus se tourner que très incomplétement en dedans et en dehors. La diplopie ayant notablement diminué, le malade, assez satisfait de son état, retourna dans sa province, mais il nous est revenu au bout de six mois, avec une diplopie très prononcée et une amblyopie incontestable. Un léger strabisme convergent s'était établi des deux côtés. J'ai pensé qu'en le détruisant on aurait quelque chance de faire disparaître la vue double. Il n'en a rien été; j'ai détaché de nouveau le muscle droit interne de l'œil droit et de l'œil gauche, j'ai obtenu un redressement complet, et la diplopie a persisté. Le malade, d'ailleurs, d'une résolution à toute épreuve, voulait qu'à l'instar de M. Phillips ou de M. Bonnet, j'allasse lui couper un des muscles obliques. Comme je n'ai pas voulu écouter ce désir, il est sorti de l'hôpital, en me disant qu'il saurait bien trouver un opérateur plus hardi que moi. Je n'en ai plus entendu parler depuis. Je n'ai point voulu diviser ici les muscles obliques, d'abord parce qu'il ne s'agissait plus de myopie, ensuite parce que les yeux de cet homme me paraissaient déjà beaucoup trop limités dans leurs mouvemens pour me permettre d'attaquer encore quelques-uns de leurs rubans musculaires.

En y réfléchissant, on s'aperçoit bientôt que sur des yeux droits, la section des musles expose à des inconvéniens plus difficiles à éviter, que dans les cas de strabisme. Par exemple, qui peut garantir qu'après la section des muscles droit interne et droit externe, l'œil ne se déviera pas, soit en dedans, soit en dehors? Qui peut assurer aussi, quand on divise un des muscles obliques, qu'aucune déviation de l'œil ne sera l'effet de l'opération? Enfin qui oserait affirmer que cette section, soit des muscles droits, soit des muscles obliques n'entraînera pas la fixité, l'immobilité de l'œil à des degrés

variés? Avec de pareilles conséquences, admises comme possibles, le remède exposerait incontestablement aux chances d'une difformité pire que le mal, et comme d'ailleurs la myopie elle-même ne cède pas toujours à la myotomie, je ne pense pas que les opérations tentées à ce sujet jusqu'à présent restent dans la pratique.

Amaurose.

L'idée de traiter l'amaurose par la myotomie oculaire semble appartenir à l'oculiste anglais Adams. L'opération fut pratiquée chez une femme âgée de 22 ans. Après la section d'un des muscles droits, la vision se rétablit en partie ; mais comme il survint de la diplopie, on coupa le muscle droit opposé; la diplopie cessa sur-le-champ et la vue continua de s'améliorer (1), mais M. Fleussu remarque avec raison qu'il s'agissait plutôt dans ce cas de kopiopie ou de fatigue des yeux que d'amaurose (2).

Un chirurgien de Gœttingue, M. Ruete, qui aurait aussi guéri deux cas d'amaurose par la myotomie oculaire, ne paraît avoir attaqué, selon M. Fleussu, que des paralysies partielles de la troisième paire, avec strabisme et mydriase, d'où il suit que de pareils faits ne sont guère concluans.

Nous trouvons en troisième ligne un chirurgien distingué de Lyon, M. Pétrequin, qui, admettant que certaines amauroses reconnaissent pour cause un état spasmodique d'un ou de plusieurs muscles (3), vante aussi la myotomie oculaire contre la goutte sereine. Il raconte même deux observa-

(1) *Provincial and surg. Journ.* avril 1841.

(2) *Ier Supplément aux Annales d'oculistique*, page 319.

(3) *Revue médicale*, 1842, t., I, p. 207.

tions de malades opérés par lui en 1841, qui ont éprouvé de cette opération un bienfait incontestable (1); mais je lui demanderai la permission, comme à M. Kuh, de conserver quelques doutes sur la *nature amaurotique* dont les malades étaient affectés. Ici, bien plus que pour la myopie encore, je ne crois pas que l'opération du strabisme doive être conservée.

Nystagmus.

Les opérateurs qui prétendent avoir dissipé les mouvemens convulsifs des yeux déviés par l'opération du strabisme, ont nécessairement dû proposer la même opération pour le nystagmus proprement dit. Aussi possède-t-on aujourd'hui un certain nombre d'observations détaillées à ce sujet. Ces observations sont loin toutefois de plaider absolument en faveur de la théorie. Je vois bien que le malade de M. Phillips (2) semble avoir été complétement guéri de la sorte; mais M. Bonnet (3) avoue avoir échoué dans les trois cas où il a pratiqué la myotomie oculaire pour remédier au nystagmus. S'il est vrai que M. Roux de Mexmieux ait débarrassé un malade de la myopie et du nystagmus par la section des deux petits obliques (4), il l'est également que M. Bonnet lui-même a échoué en divisant les muscles petits obliques, comme en s'attaquant aux muscles droits (p. 303). De plus, les faits qui me sont propres déposent totalement contre les espérances de M. Phillips et de M. Peyré (5).

(1) *1er supplément, Annales d'oculistique*, p. 321.

(2) *Ténotomie sous-cutanée*, Paris, 1841, p. 317.

(3) Page 302.

(4) Bonnet, ouvrage cité, p. 305.

(5) Traité du strabisme, p. 163, 1842.

Puisque les strabiques opérés par moi ont conservé leur tremblement oculaire concomitant, je n'étais pas très disposé à croire que l'opération pratiquée sans qu'il y eût de strabisme, pût être suivie d'un succès complet. Je l'ai cependant mise en usage successivement sur les deux yeux d'un même malade, en coupant les muscles droits interne et externe à 10 ou 12 jours d'intervalle. Ce fut chez le malade dont j'ai donné l'observation précédemment et qui était en même temps affecté de nystagmus. Quoique j'aie été forcé de revenir plusieurs fois à la section du muscle droit interne, soit au bout d'un mois, soit au bout de huit mois, le pauvre patient n'en a pas moins conservé son nystagmus.

Il s'agit donc encore là d'une difformité contre laquelle la myotomie ne peut être que d'un faible secours. Je ne dois pas taire, au surplus, que tout en ne partageant pas les opinions absolues de M. Bonnet à ce sujet, je conviens volontiers que le nystagmus est souvent la complication ou l'effet d'altérations diverses des yeux. Une myopie, une amblyopie, une diplopie, une tache sur la cornée, une cataracte survenue dans l'enfance me paraissent en être fréquemment la cause ou le point de départ. Il semble que dans toutes ces circonstances l'incertitude de la vision pousse l'œil à se porter instinctivement et continuellement dans toutes les directions possibles, comme pour chercher les rayons lumineux dont il aurait besoin. Il est inutile de dire qu'avant d'attaquer l'effet, il faudrait, en pareil cas, tâcher d'en détruire la cause, et qu'il ne convient point de débuter par la myotomie. Il faut établir, en outre, que, même chez les sujets où le tremblotement convulsif des yeux existe sans aucune autre altération de la vue, la myotomie oculaire n'est également que d'une efficacité fort douteuse, puisque chez les deux

petits garçons dont j'ai parlé dans un autre article, et qui étaient affectés de nystagmus en même temps que de strabisme, sans qu'il y eût de perturbation visuelle, l'opération n'a point été suivie de succès sous ce rapport.

Pupille artificielle.

Les taches de la cornée sont parfois disposées de manière à ne couvrir que la moitié ou les deux tiers de la pupille, à permettre au moins de voir en dedans, en dehors, au-dessus ou au-dessous, une partie de cette ouverture. Avec une disposition semblable, les rayons lumineux, tombant perpendiculairement sur la tache, n'arrivent point dans l'œil, et la vision est impossible. Il n'y a d'autre remède à ce mal qu'une pupille artificielle par l'un des mille procédés opératoires connus. Mais l'organisme s'est chargé, dans quelques cas, de rendre cette opération inutile, en déviant l'œil de telle sorte que la portion de cornée transparente, le mieux en rapport avec l'ouverture pupillaire, vint se tourner en avant. Alors, en effet, la vision se rétablit en partie, et les malades y voient pour le moins aussi bien que par le bénéfice d'une pupille nouvelle.

Un effort aussi intelligent ne pouvait point s'effectuer en pure perte sous les yeux des chirurgiens : aussi M. Cunier s'est-il bientôt empressé d'établir artificiellement le strabisme chez les sujets affectés de leucoma ou de cicatrices de la cornée, qui se trouvent dans les conditions dont je viens de parler. « Lorsque la portion centrale de la cornée, en rapport avec la pupille d'ailleurs saine, dit M. Cunier (1), devenue le siège d'un albugo, d'un trouble rendant la vision

(1) *Lettre à l'Académie des Sciences*, 1841.

impossible, on déplace la pupille de manière à permettre à la lumière d'arriver au fond de l'œil... Le but que se sont proposé les chirurgiens (en pareils cas) est de mettre la pupille en rapport avec une portion de cornée restée transparente. Or, j'ai trouvé que, dans la plupart des cas, on y parvenait par une opération beaucoup plus simple et nullement aussi chanceuse que le déplacement pupillaire. J'ai tout simplement divisé un ou plusieurs des muscles de l'œil, de manière à déterminer un strabisme qui fournît le même résultat. » Une observation de succès est relatée par M. Cunier à l'appui de sa proposition, et M. Pétrequin est venu bientôt après en signaler un autre qui lui est propre, dans une lettre également adressée à l'Académie des Sciences (1).

Sans rejeter *à priori* cette nouvelle application de la myotomie oculaire, je dois cependant prévenir qu'elle touche à une question complexe. D'abord, elle ne peut convenir que dans les cas où la pupille reste intacte derrière la cornée. Il faut ensuite que l'opacité de cette dernière membrane ne dépasse pas de tous points la circonférence de l'ouverture de l'iris. On devrait exiger, enfin, que le chirurgien se fût assuré d'avance qu'en fixant l'œil avec une pince ou une érigne, pendant quelques secondes, au degré de déviation où l'on a l'intention de la réduire, le malade y voit réellement, et de manière à pouvoir retirer quelques fruits de ce changement dans la position de l'organe.

Toutes ces conditions étant accordées, il reste encore à savoir si certaines variétés de l'opération de la pupille artificielle, qui permettent le même résultat sans entraîner de déviation de l'œil, ne sont pas préférables. L'opération du

(1) Bonnet, ouvr. cité, p. 312.

strabisme substitutif a pour le moins l'inconvénient de provoquer une difformité permanente fort désagréable, pour remédier à une simple imperfection de la vue. Je doute, par exemple, que les personnes qui conservent un bon œil aimassent mieux devenir louches pour y voir des deux yeux. Là-dessus cependant il serait inopportun de se prononcer d'une manière absolue; les faits pratiques ne sont pas encore assez nombreux pour permettre de juger sainement la valeur du strabisme substitutif d'une pupille artificielle.

Quoi qu'il en soit, c'est toujours aux muscles correspondans au point de la cornée le plus rapproché de la pupille qu'il faudrait s'adresser en pareil cas. On diviserait donc le droit interne, afin de produire un strabisme divergent, si l'on apercevait mieux la pupille et si le malade voyait mieux par le côté nasal de la cornée que dans tout autre sens. On diviserait le droit externe, au contraire, si la transparence de la cornée et la vision étaient plus nettes en dehors qu'en dedans. Si le point transparent de la cornée se trouvait en bas, on couperait le droit inférieur pour amener un strabisme frontal, tandis que dans les circonstances inverses, on couperait le muscle droit supérieur. L'opération n'offrirait d'ailleurs ni plus ni moins de difficulté, et n'aurait des suites ni plus ni moins sérieuses que dans les cas de strabisme proprement dit.

Nouvelles variétés de l'opération du strabisme.

La simplicité, l'innocuité de la myotomie oculaire pour remédier au strabisme n'ont point empêché de chercher des moyens encore plus innocens pour arriver au même but.

Destruction d'une plaque de la conjonctive pour remédier au strabisme.

On trouve dans le journal de Casper, 1841, n° 36, et dans le petit volume que vient de publier M. Cunier (1), quelques propositions de M. Dieffenbach à ce sujet.

Quand le strabisme est léger, pour éviter un strabisme inverse, après la section du muscle rétracté, l'opérateur de Berlin conseille de s'en tenir à l'excision d'une portion de la conjonctive et des tissus qui la doublent, vers le tendon du muscle correspondant. En se cicatrisant, la plaie rapproche peu-à-peu les bords de la conjonctive divisée, de manière à la raccourcir notablement et à redresser ainsi l'œil.

M. Dieffenbach prétend même avoir obtenu le même résultat au moyen de la cautérisation avec l'azotate d'argent. Pour moi, qui accorde toute la confiance possible aux assertions de M. Dieffenbach, j'ai cependant peine à croire qu'il ait obtenu de la sorte de nombreuses guérisons chez de véritables strabiques. La conjonctive est trop mobile, trop souple, se déplace trop facilement pour qu'une opération pareille puisse réellement redresser un œil dévié. D'ailleurs si le redressement avait lieu, il devrait en résulter un obstacle manifeste aux mouvemens dans le sens opposé, et par conséquent une nouvelle difformité.

M. Cunier ajoute (ouvrage cité) que si cette opération devait être appliquée, il vaudrait mieux *réunir la plaie* de la conjonctive par première intention, au moyen de la suture, que de la laisser suppurer; mais peut-être ôterait-on ainsi à l'opération de M. Dieffenbach la seule chance de succès qu'elle possède, savoir, la possibilité de faire naître une

(1) *Revue ophthalmique*. Suppl. aux *Annales d'oculistique*, p. 297.

cicatrice inodulaire, capable d'entraîner légèrement l'œil de son côté.

Section des muscles de l'œil avec un fil. — Une opération à laquelle j'ai songé depuis long-temps, et que j'aurais déjà mise en pratique, si celle que nous connaissons était moins simple, consisterait à embrasser le tendon du muscle rétracté, préalablement soulevé avec des pinces dans une anse de soie, puis à tordre, l'un sur l'autre, les deux fils de cette anse, pour la fixer de l'autre côté du nez, dans le cas de strabisme externe, du côté de la tempe, quand il s'agirait d'un strabisme interne. On porterait ainsi le redressement de l'œil aussi loin que la chose serait jugée nécessaire, et même bien au-delà de la ligne centrale, pour l'y maintenir jusqu'à ce que le fil eût complétement divisé les tissus compris dans son anse. Comme je prévois les objections théoriques qui pourraient être faites à ce projet, et que je ne le regarde pas moi-même comme d'un succès assuré, je ne l'ai point encore mis en pratique.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique de l'art des accouchemens, par Chailly (Honoré), docteur-médecin, ex-chef de clinique d'accouchemens de la Faculté de Paris, etc.; Paris, 1842, 1 vol. in-8, de 784 pages, accompagné de 216 figures gravées sur bois et intercalées dans le texte. Chez J.-B. Baillière. Prix 9 fr.

Quelques passages de la préface du livre de M. Chailly feront apprécier le point de vue auquel l'auteur s'est placé pour écrire ce nouveau traité des accouchemens.

« Voué depuis quatorze années, dit M. Chailly, à la pratique de l'art ob-

stétrical, j'ai dû à la bienveillance de M. P. Dubois de me trouver placé de bonne heure auprès de lui dans une position tout exceptionnelle, d'abord comme son élève, puis comme son aide en ville, enfin comme son chef de clinique à la Clinique d'accouchemens de la Faculté de Médecine de Paris, et j'ai pu, à une aussi bonne école, souvent en ville, quelquefois à la Maternité, journellement à la Clinique, vérifier par ma propre expérience, et bien plus encore par celle de mon maître, l'excellence des procédés que je conseille.

« On ne s'étonnera pas, d'après cela, de voir les opinions de M. Dubois si exactement reproduites dans cet ouvrage...

« J'ai aussi beaucoup emprunté aux excellentes publications de madame Lachapelle, de Désormeaux, de MM. Naegèle, Velpeau, Stoltz, Moreau, etc.

« Tous les ouvrages d'accouchement, et notamment les plus remarquables, contiennent des considérations, des raisonnemens, des discussions dont je reconnais toute la valeur pour celui qui veut étudier la science proprement dite, mais qui ne sont d'aucun intérêt pour le praticien ; je les ai omis à dessein, *pensant qu'il valait mieux m'étendre le plus longuement possible sur une foule de points pratiques* qui n'ont pas été traités ou qui l'ont été incomplétement. »

Voilà une entrée en matière parfaitement explicite. M. Chailly a voulu être utile aux élèves et aux praticiens. Disons-lui, par avance, qu'il n'a pas manqué son but.

Il ne sera pas indifférent aux élèves de savoir que le livre de M. Chailly reproduit exactement les opinions de M. le professeur Dubois. Il ne sera pas indifférent non plus aux praticiens de savoir que l'on a pris soin de leur épargner, autant que possible, les détails uniquement scientifiques. Il n'y a que les adeptes de la science pure qui pourraient s'en formaliser; mais l'auteur a lieu d'être tranquille de ce côté, attendu qu'ils sont en minorité.

L'ouvrage est divisé en quatre parties.

La *première* traite des *organes qui concourent à la parturition.* L'auteur y parle des *mamelles*, ce qui n'est qu'une petite irrégularité;

La *seconde* de la *conception* et de la *grossesse*, qui est examinée sous toutes ses faces.

Le diagnostic est étudié dans un long article où l'on reconnaît les fruits de la patiente et minutieuse observation du maître sous lequel M. Chailly a étudié. Cet article se termine par un excellent tableau synoptique, comme l'ouvrage

en offre plusieurs, dans lequel on embrasse littéralement d'un coup-d'œil tout ce qui a rapport au sujet.

Les vices de conformation du bassin sont également l'objet d'un article étendu et intéressant. L'auteur se renfermant toujours dans le cercle de la pratique et de l'utilité journalière, laisse de côté les classifications diverses de ces difformités, données par les auteurs, et ne mentionne que la suivante fondée sur la différence des causes :

1° *Vice de conformation par exagération de développement, avec perfection des formes* (excès d'amplitude) ;

2° *Vice de conformation avec diminution dans tous les diamètres et avec perfection des formes* (étroitesse absolue) ;

3° *Vice de conformation par rachitisme ou ostéomalacie* (étroitesse relative) ;

4° *Vice de conformation consécutif et déterminé par la déformation préalable d'une autre partie du squelette* (étroitesse relative).

Les vices de conformation des parties molles ne sont pas oubliés. L'auteur en cite des exemples dont un surtout, qu'il a figuré, est remarquable. C'est celui d'une jeune fille de seize ans qui était enceinte et portait un diaphragme circulaire au milieu du vagin. Ce diaphragme était percé, au centre, d'un petit pertuis qui admettait une sonde ordinaire. L'accouchement eut lieu facilement, sans que le chirurgien, M. le professeur Dubois, eût rien tenté.

Nous signalerons encore un bon article sur *l'avortement et l'hémorrhagie pendant la grossesse.*

Dans la *troisième partie*, l'auteur s'occupe de *l'accouchement en général.* C'est de beaucoup la plus considérable ; elle comprend plus de 450 pages. L'histoire des diverses présentations avec les phénomènes qui les caractérisent, leur pronostic et les indications qu'elles font naître, y est exposée avec infiniment de clarté. C'est ici, en particulier, que les élèves s'apercevront que l'on a cherché à leur aplanir les difficultés, et à leur faciliter autant que possible l'intelligence du sujet.

Les *accidens des suites de couches* font le sujet de la *quatrième partie.* Nous aurions bien, sur certains points de cette portion du livre, quelques remarques critiques à présenter ; mais nous ne voulons pas affaiblir l'effet des éloges que mérite l'ouvrage dans son ensemble. Bornons-nous à dire qu'il était possible relativement, par exemple, à la *phlegmatia alba dolens*, de se montrer plus au niveau des connaissances acquises. Il aurait fallu pour cela lire le mémoire inséré en 1824, dans les *Archives*, par M. Velpeau, et l'article du *Dictionnaire de Médecine* sur cette maladie.

Le livre de M. Chailly renferme 216 figures gravées sur bois. Nous voudrions dire, si nous ne craignions d'être mal interprété, que c'est ce qu'il y a de plus important dans l'ouvrage. Ces figures, parfaitement dessinées, les meilleures que nous ayons encore vues dans ce genre, sont intercalées dans le texte, et l'on sait quel immense avantage, pour l'intelligence de la matière et la rapidité de la lecture, est attaché à ce procédé typographique, dont les anciens appréciaient la convenance mieux que nous ne semblions l'avoir fait jusqu'ici.

En somme, le livre de M. Chailly répond si bien aux besoins, nous ne disons pas de la science, mais de l'art et de l'instruction, que de long-temps nous n'aurons à faire l'analyse d'un nouveau traité élémentaire de l'art obstétrical. M. de C.

Conseils aux mères sur la manière d'élever les enfans nouveau-nés, ou de l'éducation physique des enfans du premier âge, par Alexandre Donné, docteur médecin, ex-chef de clinique de la Faculté de Paris, professeur particulier de microscopie, etc. Chez J. B. Baillière, Paris, 1842, grand in-18 de 312 pages, prix 3 fr.

L'auteur de cette analyse est de ceux qui ont le plus de foi dans les études microscopiques appliquées aux sciences médicales. Entraînée exclusivement dans le sens de l'expérimentation sur la nature vivante, la physiologie, en particulier, avait, dans ces derniers temps, presque complétement négligé les données de la microscopie. C'était une erreur, mais une erreur naturelle, et contre laquelle il n'appartient à personne de récriminer, attendu que nous sommes tous solidaires de l'esprit humain, et que cet esprit, parce qu'il est originellement limité, est de nature essentiellement exclusive. C'est, à ce sujet, un spectacle curieux, et triste cependant, que de voir, dans l'histoire, les générations scientifiques tourner le dos violemment à la voie suivie par les devanciers, et se précipiter avec une ardeur aveugle, sous l'empire d'une seule idée, dans une route absolument opposée. M. le docteur Donné a eu le mérite de ramener les esprits à la microscopie, et il a eu la première idée d'une systématisation qui portera de beaux fruits. Aussi nos sympathies, scientifiquement parlant, lui sont-elles acquises. Que l'on se rassure néanmoins. Ce n'est pas au nom de ces sympathies que nous jugerons son livre, et le bien que nous avons à en dire n'est pas préconçu.

L'importance de l'ouvrage se déduit, tout d'abord, de son titre même. On

en aura une idée plus exacte et plus complète encore quand on connaîtra le titre des divers chapitres dont il se compose, et dont voici l'énumération :

Chapitre I. *Questions à résoudre avant la naissance de l'enfant.*

Chapitre II. *De l'allaitement maternel.*

Chapitre III. *De l'allaitement par les nourrices.*

Chapitre IV. *De l'allaitement artificiel ou de l'allaitement au biberon.*

Chapitre V. *Du régime général des enfans.*

Chapitre VI. *Du développement intellectuel et de l'éducation morale dans leurs rapports avec l'éducation physique.*

Chapitre VII. *Des soins que réclament immédiatement les accidens les plus ordinaires auxquels les enfans sont exposés.*

Nous n'essaierons pas de suivre l'auteur dans les développemens qu'il donne à ces diverses parties de son sujet. Mais, comme nous avons à cœur de faire connaître tout l'intérêt de son livre, nous allons présenter en résumé les points que renferme un des chapitres les plus importans, celui qui a rapport à l'allaitement par les nourrices.

Choix d'une nourrice. — Des qualités du lait et des moyens de les constater. — Composition du lait à l'état normal. — Richesse et pauvreté du lait. — Influence d'un lait pauvre. — Influence de l'excès de richesse du lait. — Effets du séjour prolongé du lait dans les mamelles. — De la quantité du lait. — Variétés dans le mode de sécrétion du lait chez les femmes. — Des moyens de s'assurer de la quantité du lait. — Des altérations proprement dites du lait. — Formation du lait. Colostrum. — Altération du lait par les élémens du colostrum. — Influence de ce genre d'altération. — Altération du lait par le pus. — Influence du lait mêlé de pus sur la santé de l'enfant. — Des gerçures et crevasses du mamelon. — Constitution et santé générale des nourrices. — Nécessité d'un examen complet de leur personne, exemple des suites funestes de la négligence à cet égard. — De l'âge du lait. — Des nourrices primipares. — Des nourrices mariées et des nourrices filles-mères. — Des agrémens extérieurs, de la beauté et de la laideur. — Du caractère. — De l'intelligence. — De la gaîté du caractère. — De l'âge des nourrices. — Quelles sont les principales causes qui peuvent déterminer à changer de nourrice. — Du retour prématuré des époques. — Des rapports conjugaux chez les nourrices. — Du changement de nourrice. — Des moyens de se procurer des nourrices. — Nourrices prises directement à la campagne. — Des bureaux de nourrices. — Bureau de l'administration ou direction générale des nourrices. — Des bu-

reaux particuliers. — Conditions de location des nourrices de la part des bureaux. — Prix de location des nourrices. — Défaut de surveillance des bureaux de nourrices. — Précaution à prendre relativement au salaire des nourrices. — Du choix à faire relativement aux divers pays d'où viennent les nourrices. — Des nourrices des environs de Paris. — Comment doit-on se conduire avec les nourrices, et comment doit être réglé l'allaitement. — De l'allaitement pendant la nuit de la part des nourrices. — Du régime des nourrices. — Des évacuations naturelles des nourrices, et des renseignemens qu'elles fournissent sur leur santé. — De la conduite générale à tenir avec les nourrices et de la manière dont on doit les traiter. — De la surveillance à exercer sur elles. — De la nécessité de faire prendre l'air et de donner de l'exercice aux nourrices.

Tel est le sommaire de ce seul chapitre. Les autres sont traités proportionnellement à leur sujet, de la même manière. Nous aurons peu à ajouter lorsque nous aurons dit que l'ouvrage de M. Donné est correctement aussi bien que couramment écrit, et que les principes y sont formulés avec l'autorité qu'on devait attendre d'un médecin qui a une pratique étendue en ce qui touche les faits que ce livre embrasse. Aucun médecin ne peut se dispenser de lire les *conseils* de M. Donné, et en voici la raison bien simple : Beaucoup de gens du monde se procureront l'ouvrage, et il pourrait arriver qu'un médecin, consulté sournoisement ou de bonne foi, fût pris par son client en flagrant délit d'insuffisance et d'infériorité.

M. DE C.

Lois physiologiques, par B. Mojon, traduites de l'italien, avec des additions et des notes, par M. le baron Michel, officier de la Légion d'Honneur, médecin principal des armées, médecin en chef de la division de Paris et des prisons militaires, consultant de la maison royale de Saint-Denis, etc. Deuxième édition. Chez Fortin, Masson et comp., place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

Ce livre est à sa seconde édition : la question de succès est donc jugée. En le faisant passer dans notre littérature, M. le baron Michel a fait acte de bon physiologiste. Il ne s'en est pas tenu là, et s'est montré tel encore dans les notes et additions dont il a enrichi l'ouvrage du professeur italien. Au reste, nous avons ici deux parts à faire, celle de l'auteur et celle du traducteur.

M. le baron Michel nous apprend que le livre de M. le professeur Mojon, devenu classique en Italie et traduit en plusieurs langues, mérita, lors de

son apparition, les éloges des Moscati, des Scarpa, des Mascagni. Ce fut en 1806 qu'il le traduisit pour la première fois. Depuis cette époque, M. le professeur Mojon, ayant ajouté à ses connaissances physiologiques, crut devoir donner une nouvelle édition de son livre. C'est sur cette seconde édition qu'a été faite la traduction que publie aujourd'hui M. le baron Michel.

Le livre est partagé en deux classes, la première comprenant les fonctions relatives à l'individu; la seconde, celles qui ont pour objet la conservation de l'espèce.

La première classe est divisée en deux ordres qui comprennent, l'un les fonctions de la vie organique, l'autre celles de la vie animale. L'ordre premier se subdivise en sept genres (1° digestion; 2° circulation du sang; 3° respiration; 4° absorption et transpiration; 5° sécrétions; 6° nutrition; 7° calorification). L'ordre deuxième comprend quatre genres (1° sensibilité en général; 2° facultés intellectuelles; 3° mouvemens volontaires; 4° voix).

La deuxième classe est divisée en trois ordres : Ordre premier, fonctions propres au sexe masculin; ordre deuxième, fonctions propres au sexe féminin; ordre troisième, fonctions relatives à l'union des deux sexes. Là se termine l'ouvrage de M. Mojon. Le traducteur y a ajouté diverses lois sur les tempéramens et les variétés de l'espèce humaine, ce dont l'auteur doit lui savoir gré, car cette addition était nécessaire.

M. le professeur Mojon, en raison de la forme qu'il donnait à son livre, a pu se croire affranchi de certaines règles relatives à la coordination des fonctions qu'il étudiait; autrement, il y aurait une critique à lui adresser. Pourquoi, en effet, séparer la digestion et l'absorption par la circulation et la respiration? Les deux premières de ces fonctions ne sont-elles pas analogues et n'ont-elles pas un but commun, la préparation et la réparation du *suc vital*, qui est le sang? A notre avis, il faudrait aussi placer la respiration avant la circulation, parce que le sang n'est véritablement lui-même qu'après sa décarbonisation. A la vérité, ces deux fonctions s'enchevêtrent, et la respiration se trouve, pour ainsi dire, entre deux circulations. Aussi est-ce une simple remarque, et non une critique, que nous avons eu l'intention de présenter.

Il y a çà et là, dans le livre du physiologiste italien, des propositions sujettes à discussion; telle serait la suivante : « Dans tout organe vivant, l'innervation, la circulation, la nutrition et la *sécrétion* s'exercent sans cesse. » Un muscle est un organe; quelle sécrétion s'exerce-t-il donc dans son épaisseur? La proposition que nous allons transcrire est également trop absolue :

« L'intégrité de toutes les fonctions d'un corps vivant exige celle de tous les organes; car il n'y a pas de fonction qui n'ait besoin de l'aide et du concours des autres. » Combien d'individus chez lesquels l'estomac désorganisé, le poumon détruit en partie, n'empêchent pas le cerveau, par exemple, d'effectuer normalement ses fonctions! Mais n'oublions pas que, pour une ou deux propositions qu'il nous serait possible de contester sous quelques rapports, il y en a vingt dont il nous faudrait louer la profondeur et la concision.

La forme que le professeur italien a choisie rend la lecture du livre facile et prompte; elle a un autre avantage, celui d'ouvrir à chaque instant un vaste champ à la méditation. Telle proposition qui n'a pas six lignes donnera à penser pendant une journée à un homme instruit. Pour bien comprendre ces lois si succinctement formulées, et par conséquent si substantielles, il faut nécessairement des notions physiologiques préalables.

« Le froid extérieur, dit M. Mojon, et toutes les causes qui accélèrent l'action digestive et nutritive, rendent la faim plus intense... » L'augmentation de l'appétit pendant les temps froids s'explique par la soustraction de calorique faite à l'économie. Il en résulte que les organes sont obligés de pourvoir à une plus grande sécrétion de ce fluide; pour cela, il faut que l'action organique moléculaire soit augmentée partout : or, pour qu'elle le soit, il est nécessaire qu'il arrive aux organes une plus grande quantité de sucs nutritifs. De là, en quelque sorte, par un appel de tous les organes à l'estomac, interprète des besoins du corps, une augmentation de l'appétit. Telle est, du moins, l'explication que nous avons présentée dans notre *Physiologie de l'homme*. (1)

Nous avons dit que M. le baron Michel avait de toute manière fait acte de bon physiologiste, et rien ne serait plus facile à prouver. Il y a telle note, celle de la page 64 par exemple, qui donne l'idée d'une science extrêmement étendue. On voit que ce ne sont point là des noms copiés dans une notice bibliographique, et que celui qui les a groupés a approfondi les ouvrages publiés sous leur autorité. La note de la page 142, relative à l'influence de l'amincissement et de l'élasticité des os du crâne sur la perception des sons, est aussi curieuse que savante. Si nous revenions sur nos pas, nous en trouverions à la page 66 une autre très longue et très intéressante sur l'organisation et les fonctions des lymphatiques. A la page 158, M. le baron

(1) *Physiologie de l'homme*, par M. le docteur Marchal (de Calvi), in-12 de 420 pages. Prix : 3 fr. 50 c. Chez J.-B. Baillière.

Michel montre beaucoup de prudence relativement aux déductions phréno-logiques. Toujours est-il qu'il ne nie pas la doctrine, et qu'il en parle avec les égards dus aux hommes considérables qui l'ont professée. Au peu qu'il en dit, on voit qu'il la connaît, ce qui n'a pas toujours lieu chez ceux qui en parlent le plus, et le plus en mauvaise part.

Peu de personnes, en France, connaissent la littérature médicale italienne comme M. le baron Michel la connaît. Son style est simple et correct. Il serait à désirer que ses occupations lui permissent de se faire apprécier plus souvent. La *Pathologie inductive* du professeur Puccinotti serait un beau livre à traduire. M. DE C.

De l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge, et des moyens d'arrêter la propagation de cette maladie, dans toute agglomération d'individus; par H. P. GOUZÉE, D.-M., médecin principal de l'armée, médecin en chef de l'hôpital d'Anvers, etc. Bruxelles, 1842, in-8 de 272 pages, Chez J.-B. Baillière, prix 5 fr.

On a beaucoup écrit sur l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge. Il nous serait facile de citer, rien qu'en feuilletant le livre de M. le docteur Gouzée, le titre de plus de vingt travaux sur ce sujet. La curiosité cependant ne s'est point lassée, et les publications qui ont pour objet cette ophthalmie singulière sont toujours accueillies avec intérêt. C'est que les chirurgiens n'ont guère eu lieu encore d'être satisfaits des explications étiologiques émises par les médecins qui ont observé cette maladie. A quelles circonstances est due l'ophthalmie belge? Toutes les causes ont été passées en revue. On a accusé tour-à-tour les *ingesta*, les *applicata*, les *circumfusa* et les *gesta*.

M. le docteur Gouzée apporte une explication nouvelle. C'est l'encombrement des troupes qui, d'après cet observateur expérimenté, serait la cause, soit de l'ophthalmie, soit de la production de granulations palpébrales qu'il qualifie de *latentes*, et qu'il a cependant parfaitement caractérisées *de visu*, granulations qui constituent, pour ainsi dire, le premier degré de la maladie, et qui en sont, dans tous les cas, une prédisposition sans cesse menaçante. M. le docteur Gouzée cite à l'appui de son opinion relativement à l'influence de l'encombrement, des faits qui ne semblent pas permettre le doute. Ainsi, par suite d'événemens majeurs, on est obligé de mettre dans les chambres d'une caserne un nombre d'hommes supérieur de beaucoup à celui qui est fixé par les réglemens militaires, et aussitôt les germes d'ophthalmie se réveillent ou se développent, et la maladie se généralise. Les circonstances

qui avaient amené l'encombrement disparaissent; on laisse plus d'espace entre les lits, plus d'air aux hommes, et aussitôt la maladie décroît. Ceci a été vu non pas une fois, mais souvent, et dans des lieux divers. Voilà donc un fait qui semble solidement établi. C'est beaucoup pour le côté pratique, et, à vrai dire, essentiel de la question. Cela étant que l'encombrement joue le principal rôle dans le développement de l'ophthalmie belge, la prophylaxie est facile à déduire. Mais reste le côté spéculatif, et celui-là, M. Gouzée ne l'a pas abordé. Ce n'est pas un reproche que nous lui adressons. Il a pu penser qu'il était inutile de théoriser sans résultat probable. Comment se fait-il donc que l'encombrement manifeste son influence fâcheuse par une épidémie d'ophthalmies? Cette cause produit d'ordinaire d'autres effets plus faciles à comprendre. Agissant d'une manière générale sur l'économie, elle se traduit par des effets généraux, et ne se localise pas dans un champ aussi resserré que la conjonctive palpébrale. Voilà ce côté spéculatif dont nous parlions. Pour résoudre le problème, ou du moins pour l'approfondir, il faudrait avoir sur le tempérament des hommes atteints, sur le mode de recrutement des troupes belges, sur l'état hygrométrique de l'air et sur la température pendant les épidémies, sur la manière dont le soldat est nourri en Belgique, sur le service ordinaire et extraordinaire des troupes dans ce royaume, et sur d'autres points encore, des données précises auxquelles on semblerait n'avoir pas donné une suffisante attention. Peut-être trouverait-on, si on y prenait garde, que certaines provinces de la Belgique fournissent plus particulièrement des sujets prédisposés à contracter l'ophthalmie belge. Si la population de ces provinces était spécialement lymphatique, on serait, peut-être aussi, sur la voie d'une découverte utile. C'est avec étonnement que nous verrions la question de tempérament négligée dans un pareil sujet.

Le livre de M. Gouzée ne se borne pas, son titre le prouve, à un examen étiologique. C'est une monographie complète. Quatre chapitres suivent celui dans lequel l'auteur s'est occupé des causes. Ils traitent l'un des symptômes, l'autre du siége et de la nature de la maladie, le suivant du traitement, et le dernier de la prophylaxie.

L'ouvrage se termine, sous forme d'appendice, par un mémoire qui date de 1838, sur le même sujet, et auquel la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles décerna une médaille d'or. Depuis cette époque, M. le docteur Gouzée a eu le temps de mûrir ses idées et de s'éclairer davantage. On en tirera une conséquence en faveur du travail qui forme le corps de l'ouvrage.

M. de C.

Précis analytique sur le cancer de l'estomac et sur ses rapports avec la gastrite chronique et les gastralgies, par le docteur BARRAS; chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de Médecine, 4, place de l'Ecole-de-Médecine.

Cette brochure sort du cadre des *Annales*, et nous n'en ferons pas une analyse détaillée. L'auteur a bien étudié la question et a réuni beaucoup de données pratiques sur le cancer gastrique. Il cite des faits intéressans, surtout par rapport à l'étiologie. Il devra se mettre en garde contre certaines tournures. Il dit d'un de ses malades (p. 97) qu'il était affectionné pour les personnes qui lui étaient chères, comme si l'on pouvait ne pas affectionner les personnes que l'on chérit. Il dit aussi du même sujet qu'il avait de l'inimitié contre ceux qui cherchaient à lui nuire, de quoi il était bien excusable, et ce qui nous a rappelé deux vers très connus où il est question d'un animal qui poussait la méchanceté jusqu'à se défendre quand on l'attaquait. Il y a dans l'opuscule de M. le docteur Barras, sur l'hydrothérapie, l'homœopathie et le mesmérisme, quelques pages bien frappées qui feront honneur à ce médecin dans l'esprit de ceux de ses confrères que contristent les impudeurs du charlatanisme contemporain. M. de C.

VARIÉTÉS.

Concours pour la chaire de clinique chirurgicale.

Leçons cliniques.

Nous disions, dans notre premier article, qu'il s'élevait parfois dans les concours de hautes questions de principes auxquelles il était nécessaire que la presse ne faillît pas. Une de ces questions n'a point tardé à se présenter. Le personnel du jury est diminué de trois membres, MM. Cruveilhier et Moreau, professeurs, et M. Bégin, membre de l'Académie. Par suite de leur absence, tous les juges suppléans sont devenus juges titulaires. Personne ne doutera, et nul moins que nous, de la légitimité des motifs qui ont éloigné de leur siège les trois juges que nous venons de nommer. M. Cruveilhier a dû suspendre son cours, pendant quelques jours, pour cause de maladie, et

M. Bégin, chargé par M. le ministre de la guerre d'une mission importante, a quitté son hôpital du Val-de-Grâce pour aller inspecter les hôpitaux militaires de l'ouest de la France. Nous ne connaissons pas la raison pour laquelle M. Moreau a été obligé de se démettre. Mais, nous le répétons, il n'y a pas à douter que cette raison n'existe et ne soit parfaitement valable. Nous sommes donc entièrement à notre aise pour dire un mot sur la question qui se présente. Malgré les égards dus à des médecins qui ont acquis par leurs travaux une position élevée, il faudrait, bien à regret sans doute, mais il faudrait absolument s'armer de sévérité contre des hommes qui abandonneraient un devoir que nous n'hésitons pas à appeler sacré, donnant ainsi à penser qu'ils n'auraient ambitionné, dans le titre de professeur, par exemple, que les avantages *extérieurs* qui sont comme l'apanage de ce titre. Il serait honteux que des membres d'une corporation, appelés à désigner de nouveaux membres de cette corporation, manquassent, pour un intérêt vulgaire ou pour leur agrément, à cette haute mission. Dans l'espèce, il y a intérêt, et intérêt majeur, à ce que les juges n'abandonnent pas leur devoir. L'honneur, la dignité de la Faculté, l'avenir des études médicales, et, par dessus tout, la santé publique, y sont engagés. Les bons maîtres font les bons élèves, et les bons élèves deviennent les bons médecins. En outre, il n'est pas indifférent, pour les candidats, d'être appréciés par tel ou tel juge. Personne assurément ne se plaindra d'avoir à être jugé par un appréciateur comme M. le professeur Bouillaud. De telles intelligences et de tels caractères sont rares. Mais il pourrait y avoir, par suite de l'absence réitérée des juges effectifs, tel juge suppléant devenu titulaire, dont la présence active dans le jury n'aurait d'autre effet (si nous avions affaire à des candidats moins dignes) que de les porter à parler un langage que lui seul comprendrait.

Nous n'avons pas traité la question à fond, et nous ne l'aurions pas voulu. Il nous suffit de l'avoir indiquée pour que tous les hommes qui ont de l'intelligence et de la moralité en comprennent l'importance.

Première épreuve.

M. Chrestien a produit sur l'auditoire le plus profond étonnement. Ayant eu à examiner un malade affecté de kératite, il n'a pas aperçu une ulcération très visible de la cornée, et il a eu le malheur, après cela, de vouloir présenter une sorte de critique sur la façon minutieuse dont on étudie les maladies des yeux dans l'école de Paris. Pour critiquer une école en faveur d'une autre, il faudrait les connaître toutes deux. Ce candidat a semblé

ne parler que par ouï-dire. On peut contester l'utilité des divisions extrêmes dans les maladies des yeux. Mais pour critiquer, il faut connaître, et nous sommes obligé de déclarer que la mémoire pour le moins a manqué à M. Chrestien.

M. Chrestien avait, en outre, à nous entretenir d'une tumeur blanche, et le reproche le plus mitigé que puisse lui adresser la *Gazette des hôpitaux*, c'est d'avoir traité la question comme on l'eût fait il y a dix ans, en quoi elle-même commet peut-être une injustice contre les chirurgiens de cette époque. Toujours est-il que l'auditoire, ou une partie de l'auditoire a manqué de convenance envers le lieu, envers les juges, et envers lui-même, lorsqu'à la fin de la séance, il a témoigné de son improbation comme il l'a fait. On ne siffle plus, même au théâtre, à moins que ce ne soit dans les salles borgnes du boulevard.

Nous avons le plaisir de voir que la leçon de notre collaborateur, M. Vidal (de Cassis) a été appréciée comme elle le méritait, par tous ceux qui ont eu à en rendre compte. Ce chirurgien dont les œuvres portent l'empreinte fortement marquée d'un esprit philosophique éminent, se montre dans ses leçons cliniques minutieusement praticien, et étonne ses auditeurs par l'alliance de ces deux aptitudes, si différentes, que, parfois, elles sembleraient s'exclure. La *Gazette des hôpitaux* n'hésite pas à dire que la leçon de M. Vidal est une des meilleures du concours. Les sujets de la leçon étaient, 1° un abcès symptomatique d'une maladie osseuse; 2° une tumeur lacrymale. Les déductions diagnostiques sur la première de ces maladies ont été suivies avec la plus religieuse attention. Il était évident pour chacun que le diagnostic était exact, ce qui, au surplus, a été vérifié.

M. Thierry s'est montré excellent praticien. Si ce chirurgien avait une élocution plus facile, il y aurait autant de plaisir que de profit à l'entendre.

M. Huguier a été écouté avec faveur, et c'était justice, dit la *Gazette des Hôpitaux*.

M. Malgaigne a eu, comme il l'a dit, *deux pauvres malades*, et il ne serait pas étonnant qu'il eût fait une pauvre leçon. C'était là, bien évidemment, la crainte par laquelle il s'est laissé dominer un instant. Mais on connaît les ressources de l'esprit de M. Malgaigne; ses notions historiques paraissent immenses; son imagination est brillante, sa parole rapide et pittoresque; il n'y a donc jamais d'échec à redouter pour lui dans un concours, quels que soient le fond et le sujet.

M. Laugier est assez maltraité dans le compte-rendu que nous avons sous

les yeux. Mais ce candidat a une réputation si méritée de praticien judicieux, qu'il peut bien se laisser contester quelques-unes des qualités indispensables au professeur.

La *Gazette des Hôpitaux* proclame M. Bérard. Et, en effet, rien de plus net, de mieux dit, de plus catégorique que ce que nous avons entendu de ce candidat dans cette leçon. La satisfaction était générale et visible. Le premier malade de M. Bérard avait une luxation de l'articulation fémoro-tibiale, avec épanchement séreux dans la synoviale; le second, un rétrécissement fibreux du rectum. Les difficultés préliminaires du diagnostic, dans ce dernier cas, ont été indiqués par M. Bérard avec une extrême franchise, et il y a tellement intéressé son auditoire, que celui-ci a été, comme lui, débarrassé d'un grand poids, lorsqu'il lui a vu enfin porter le doigt investigateur dans ce malheureux rétrécissement. Les applaudissemens et les congratulations ont été unanimes.

On prétend que M. Robert aurait pu mieux faire, et s'il n'a fait qu'à-peu-près bien, nous sommes de cet avis, attendu que ce candidat a toutes les conditions nécessaires pour faire très bien.

La leçon de M. Boyer n'a pas été dénuée d'intérêt pratique.

Quant à M. Chassaignac, on sait qu'une indisposition subite l'a empêché, au grand regret de l'auditoire, de continuer sa leçon.

Deuxième épreuve.

C'est M. Bérard qui a parlé le premier, et rien ne nous empêcherait d'y voir un augure favorable. Le fait est que M. Bérard est resté, dans cette épreuve, à la hauteur de la première, ce qui avait semblé difficile. Les deux malades portaient, l'un une tumeur fluctuante de la face interne de la lèvre inférieure gauche; l'autre une maladie de l'articulation fémoro-tibiale gauche, plus une tumeur fluctuante de la grosseur d'un marron sur la face dorsale du poignet droit. Nous pourrions faire une mauvaise querelle à M. Bérard, et lui reprocher de n'avoir pas lu notre article sur le ganglion, article qui venait à peine de paraître. Mais nous ne sommes pas encore assez auteur pour tomber dans de telles exigences, et nous avons la liberté d'être juste; nous en usons en nous joignant aux éloges donnés à la leçon de M. Bérard par tous ses auditeurs indistinctement.

M. Robert a eu à parler sur une fracture de la rotule existant chez une femme de 29 ans, et sur un cancer du sein que présentait une autre femme de l'âge de 47. La leçon de ce candidat, pratiquement parlant, a été très

satisfaisante. La chaire qui est au concours n'étant pas une chaire de médecine opératoire, ce candidat aurait pu, écrit-on, se dispenser de décrire aussi exactement qu'il l'a fait, certains bandages tombés depuis long-temps en désuétude. Ce reproche, au surplus, si c'en est un, renferme implicitement un éloge. Effectivement, M. Robert, en se bornant sur ce point, aurait pu entrer dans de plus longs et d'intéressans détails sur sa seconde malade, et présenter, tant sur le diagnostic différentiel que sur l'anatomie des cancers mammaires, quelques-uns de ces développemens qu'on était en droit d'attendre d'un chirurgien qui a produit un bon travail sur le cancer en général. C'est ici, pour nous, une occasion de réparer un oubli, et de recommander aux chirurgiens la lecture de la thèse de M. Robert, pour le dernier concours.

M. Huguier était sous l'influence de l'effet légitime produit par sa première leçon, et il y avait dans sa diction quelque chose d'enthousiaste qui lui a fait trouver des expressions d'une littérature un peu risquée. Ce n'est pas là un reproche, ou, si c'en était un, il serait exclusivement relatif à la forme, et n'atteindrait aucunement le fond de la leçon de M. Huguier, qui n'a guère laissé à désirer sous le rapport pratique. Le premier malade de ce candidat présentait un cas assez difficile : il s'agissait d'une tumeur de la fesse. C'est dans ces sortes de cas que le diagnostic par exclusion a de grands avantages. Le second malade offrait une plaie de la cornée par suite de l'introduction d'une parcelle de fer. Le sujet était un maréchal-ferrant. M. Huguier fait de grands efforts, et bien certainement ce ne sera pas en vain.

M. Chrestien a eu pour premier malade un tailleur, âgé de 16 ans, qui porte une tumeur assez volumineuse au niveau des premières vertèbres cervicales. Cette tumeur est très probablement une affection de la nature de celles qu'un compétiteur de M. Chrestien, M. Bérard, a si bien étudiées. En un mot, nous croyons qu'il s'agissait d'une tumeur blanche de l'articulation atloïdo-axoïdienne. Le chirurgien de Montpellier a longuement parlé de rhumatisme, ce qui paraît avoir beaucoup satisfait le rédacteur de la *Gazette*, M. G. J., lequel, au surplus, n'est pas sujet à ces sortes d'illusions.

Le second malade de M. Chrestien porte une tumeur érectile sur la poitrine, au dessous de la clavicule droite. La tumeur, couleur de lie de vin, avait le volume d'un œuf de pigeon. Elle a commencé par une tache que le sujet portait en naissant. Il est remarquable qu'une tache semblable existe sur la cuisse du même individu. M. Velpeau vient d'opérer ce jeune homme par un procédé qui consiste à traverser plusieurs fois la tumeur avec un fil :

on coupe ensuite les anses du fil, et on en noue les bouts sur la tumeur, qui est ainsi étranglée dans plusieurs points de son étendue.

M. Chassaignac a commencé par exprimer sa reconnaissance envers les juges du concours qui l'ont maintenu au nombre des candidats, nonobstant l'impossibilité dans laquelle il s'était trouvé de continuer sa première leçon, et sa gratitude envers les élèves pour la sympathie qu'ils lui ont témoignée. M. Chassaignac est de ces hommes dont les formes sont le plus capables de séduire la jeunesse. Quand nous parlons des formes, nous comprenons sous ce mot tout ce qui est relatif aux moyens d'expression, en tête desquels figure la parole écrite ou parlée. Les deux malades de M. Chassaignac portaient, le premier, un cancer de la face, et l'autre une tumeur du volume d'un œuf de poule à l'aine. M. Chassaignac s'est livré sur ces deux malades à des considérations pratiques qui ont eu l'approbation du public.

S'il faut en juger par la longueur de l'espace consacré à la leçon de M. Vidal, et beaucoup de candidats se montrent là-dessus fort méticuleux, l'épreuve de notre collaborateur aurait eu une extrême importance. Ce qui est certain, c'est que, de l'avis de tous ceux qui l'ont entendu, M. Vidal a été positivement supérieur dans cette épreuve à ce qu'il s'était montré dans la première; et l'on sait ce que nous avons dit de celle-ci, d'après les comptes-rendus assurément impartiaux de nos confrères. « M. Vidal, dit le rédacteur de la *Gazette*, a donné dans cette leçon des preuves d'un esprit distingué, qui ne se borne pas à examiner un fait, mais qui cherche surtout à s'en rendre compte. Lorsqu'à cette qualité on joint une connaissance approfondie des principes de l'art, on peut compter avec confiance sur l'avenir. »

Le premier malade de M. Vidal est affecté d'une vérole constitutionnelle. Ce malheureux a une nécrose des deux maxillaires, une nécrose commençante des os propres du nez, et quelque chose de plus initial encore, mais d'analogue, du côté des os du crâne. Pourtant le sujet dit n'avoir pas eu de chancres, et soit à la verge, soit aux aines, on ne trouve aucun stigmate d'ulcères syphilitiques ou de bubon. Que faut-il penser, se demande M. Vidal? La blennorrhagie est-elle donc susceptible de donner lieu à des accidens consécutifs, ou faut-il admettre qu'il existait des chancres dans la profondeur de l'urètre. J'ai vu, dit-il à ce sujet, beaucoup d'assertions, et même de descriptions touchant ces chancres, mais je n'ai pas trouvé une seule observation bien faite, bien détaillée, bien authentique, sur laquelle ces assertions ou descriptions pussent légitimement se fonder. Je ne dis pas qu'il n'existe pas de ces observations, mais je n'en connais pas.

M. Vidal a touché, en passant, la grave question de l'inoculation, et nous pouvons dire que son improvisation a profondément ému l'auditoire. Ce n'est pas à la légère et en improvisant nous-même que nous mentionnons l'émotion de l'auditoire. Elle était réelle. En cela, M. Vidal a bien mérité non-seulement de la science, mais de l'humanité. Il n'y a que trop de cas qui témoignent des funestes effets de l'inoculation. Un médecin des hôpitaux de Paris n'a-t-il pas éprouvé les plus fâcheux accidens par suite d'une simple piqûre au doigt? Pourquoi donc, s'il n'y a rien de dangereux à ces sortes d'essais, se hâte-t-on, aussitôt que la pustule apparaît avec ses caractères propres, de la réprimer non plus avec le nitrate d'argent, mais avec la pâte de Vienne? L'individu chez lequel on a inoculé le virus, ne se trouve-t-il pas dans des conditions semblables à celle de l'homme qui s'est soumis à un contact infectant naturel? Que disons-nous? Les conditions sont pires. Ici, le virus a été mis passagèrement en rapport avec une membrane muqueuse, et d'autres sucs ont pu le délayer. La verge pourra être lavée; il faudra que la matière virulente pénètre par endosmose. Là, on lui fait la route bien autrement facile. On prend le pus, et on le dépose soigneusement sous l'épiderme dans les propres bouches absorbantes. M. Vidal a terminé par une simple remarque, qui contient toute la moralité de la question : « Je ne sache pas, a-t-il dit, que ceux qui inoculent la syphilis dans les hôpitaux emploient ce *moyen diagnostique* en ville. »

Le second malade de M. Vidal offrait une amaurose peu avancée. M. Vidal a dit pourquoi il admettait que la maladie était une amaurose, et pourquoi il devait penser que cette amaurose était sténique. Il a ensuite indiqué le traitement, facile à déduire de ce diagnostic.

La deuxième épreuve n'est pas terminée. Nous sommes donc obligé de renvoyer la fin de cette analyse au prochain numéro.

Il va sans dire que, dans cet article, nous avons parlé sous notre responsabilité particulière, de notre mouvement spontané, et que, par exemple, en ce qui touche l'inoculation, c'est notre opinion que nous avons présentée, en résumant celle de M. Vidal, qu'il a d'ailleurs exposée avec infiniment de modération dans les termes, et à part toute intention contre les personnes.

M. de C.

MARCHAL (de Calvi), *Rédacteur-gérant.*

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

QUELQUES MOTS SUR UNE LUXATION INCOMPLÈTE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS, COMMUNE CHEZ LES ENFANS EN BAS AGE. (1)

Par le docteur G. Goyrand, d'Aix.

Je lis, dans la *Revue chirurgicale* des Annales de la chirurgie française et étrangère (2), quatre observations relatives à des luxations de l'extrémité supérieure du radius.

Les deux premières, extraites des *Archives de médecine*, appartiennent à M. Danyau, et présentent des cas de luxation complète de l'extrémité supérieure du radius en avant et en arrière. Ces observations, rédigées avec beaucoup d'exactitude, sont importantes. On y trouve une description d'après nature d'une lésion rare et si mal connue, que Boyer

(1) Cet article, composé il y a long-temps, ne nous a été remis que depuis peu de jours, par suite d'un mal-entendu de la part de la personne à laquelle il avait été confié.

(2) Numéro de mai 1841, t. II, p. 72.

doutait de la possibilité de la luxation en avant (1), tandis que A. Cooper la croyait beaucoup plus commune que la luxation en arrière (2).

Les deux autres observations, extraites de la *Gazette médicale*, ont été publiées par M. Rendu. Elles ont rapport à une lésion très commune, plus fréquente, à coup sûr, qu'aucune autre espèce de luxation, et qui est cependant très peu connue, dont la description ne se trouve dans aucun traité de chirurgie ou des maladies du système osseux.

Je me suis occupé de ce déplacement sur lequel j'ai publié, il y a déjà quelques années (février 1837), un travail dans la *Gazette médicale* (1837, pag. 115). Je vais d'abord donner l'analyse de mon premier travail; j'examinerai ensuite si l'opinion de M. Rendu, relativement à l'espèce de déplacement qui a lieu dans ce cas, est fondée ou non.

Suivant moi, ce déplacement est une luxation incomplète de l'extrémité supérieure du radius en avant. On ne le rencontre que chez les enfans en bas âge. C'est de l'âge de 18 mois à celui de trois ans qu'il s'observe le plus fréquemment. A cette époque de la vie, les chutes sont fréquentes. Pour les prévenir, on retient souvent un enfant par la main. Quelquefois encore, on soulève les enfans par la main pour leur faire franchir un ruisseau. Le membre supérieur, placé en pronation, supporte ainsi tout le poids du corps. Les surfaces articulaires sont, à cet âge, unies par des liens faibles et peu résistans; aucun ligament ne va de l'humérus au radius; le ligament latéral externe du coude s'insère seulement au côté externe du ligament annulaire, et ne saurait prévenir

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, tom. IV, pag. 239.

(2) *OEuvres chirurgicales complètes*, trad. de Chassaignac et Richelot, pag. 115.

une diduction des surfaces articulaires. Les muscles, faibles dans la première enfance, ne peuvent opposer à la violence qui tend à produire le déplacement, une résistance énergique; d'ailleurs ils sont surpris par la brusquerie de cette violence. Les surfaces par lesquelles le radius et la petite tête de l'humérus se correspondent, subissent, par suite de l'effort qui agit sur elles en sens inverse, un léger écartement. Cependant la contraction des muscles ne se fait pas attendre; elle est rapide, et voici quel en est le résultat: le biceps entraîne en avant l'extrémité supérieure du radius; les autres muscles, qui du bras vont à l'avant-bras et à la main, tirent en haut le radius, et l'appliquent avec force contre la petite tête de l'humérus, dans des rapports un peu différens de l'état normal. La douleur entretient ensuite la contraction des muscles. Je ne saurais préciser l'étendue du déplacement qui a lieu, dans ce cas, entre les surfaces articulaires du radius et de l'humérus; mais il doit être très peu considérable, puisqu'il n'entraîne aucun changement appréciable dans les formes du coude.

Dans ce déplacement, la tête du radius perd-elle ses rapports normaux avec le ligament annulaire?

Le déplacement est si peu étendu, que je ne pense pas que la tête du radius se dégage de son anneau ligamento-osseux. Sur le cadavre j'ai produit ce déplacement en dégageant la tête osseuse de cet anneau, et en l'y laissant engagée. Dans le premier cas, il n'y a de rompu que la portion de la synoviale du coude qui forme un cul-de-sac autour du col du radius. La partie antérieure du ligament annulaire se trouve pressée entre la tête du radius et la petite tête de l'humérus. Mais, pour produire ce déplacement sur le cadavre, il faut exercer une violence bien plus grande que

9.

celle qui donne lieu à la luxation incomplète dont je m'occupe, et je crois bien que, dans cette espèce de luxation, la tête du radius ne se dégage pas ordinairement de son anneau.

Dès que l'articulation a subi le tiraillement qui donne lieu à cette lésion, une vive douleur se fait sentir dans le coude; la main se trouve dans une forte pronation; l'avant-bras, au quart de flexion sur le bras, appuyé sur le ventre; les doigts un peu fléchis; il n'y a pas de difformité appréciable: le membre reste dans une immobilité complète; si on présente quelque chose à l'enfant, il le saisit toujours de l'autre main; si on cherche à imprimer quelque mouvement au coude, l'enfant pousse des cris; si on veut ramener la main en supination, on éprouve de la résistance, et on est du reste arrêté par les cris de l'enfant; dès qu'on laisse aller la main, elle retombe en pronation. Le gonflement est nul ou presque nul.

Les suites de cette luxation incomplète n'ont rien de grave; j'en trouve la preuve dans ce fait: cette affection est très fréquente, très souvent méconnue, et traitée comme une entorse. On ne voit cependant pas d'affection consécutive ou de difformité qui puisse y être rapportée. Ici, le raisonnement va, pour un instant, suppléer à l'observation, car je n'ai pas eu occasion de suivre, dans sa durée et sa terminaison, cette lésion abandonnée à elle-même.

Le déplacement est si peu considérable, que les surfaces osseuses doivent reprendre leurs rapports naturels, dès que les douleurs et le spasme des muscles qui entourent le coude ayant cessé, le malade imprimera quelques mouvemens à l'articulation affectée. Enfin, si les os conservaient leurs rapports anormaux, les surfaces par lesquelles ils se correspondent tous les trois se modifieraient sans peine, à

cet âge, de manière à rendre le jeu de l'articulation aussi libre qu'il était auparavant, et le changement de rapports serait si peu considérable que les traces de la lésion devraient disparaître d'une manière à-peu-près complète.

La réduction de ce déplacement s'opère avec la plus grande facilité. Le chirurgien embrasse de la main gauche le coude malade, appuyant le pouce sur la partie antérieure de la tête du radius de la main droite, et saisit la main de l'enfant, étend l'avant-bras, exerce sur ce membre des tractions un peu fortes qu'il fait porter principalement sur le radius, ramène la main en supination; puis, repoussant avec le pouce la tête du radius en arrière, fléchit brusquement le coude.

C'est ainsi que j'ai toujours réduit cette luxation incomplète. La manœuvre facile dont on vient de lire la description m'a toujours réussi à la première tentative. Cette flexion brusque du coude n'est pas indispensable; mais elle rend la réduction plus facile, en relâchant tout-à-coup les muscles dont l'action peut apporter quelque obstacle à la réduction.

Dans le dernier temps de la manœuvre, le chirurgien perçoit distinctement le bruit qui résulte du rétablissement des rapports normaux des surfaces articulaires. La réduction opérée, les mouvemens de flexion et d'extension du coude, de pronation et de supination, sont libres et s'exécutent sans douleur; le petit malade se sert bien de son membre.

J'ai cru d'abord qu'il serait nécessaire de fixer l'articulation dans l'immobilité pendant quelques jours, et d'y faire des applications résolutives; mais la douleur cesse si complétement après la réduction, que les petits malades se servent tout de suite de leur main, et ne veulent pas souffrir l'appareil dont on enveloppe leur coude. Au reste, je n'ai jamais vu survenir le moindre accident par suite des mouvemens

auxquels se livrent les enfans dans ces circonstances. Aussi ai-je pris le parti de renoncer à toute espèce de traitement consécutif dans cette affection.

Voilà ce que j'ai observé. Il me serait facile de faire suivre cette description de plusieurs observations détaillées. Cette manière de procéder est parfaitement rationnelle, quand il s'agit de faire saisir les innombrables et fugitives nuances d'une maladie complexe; mais tous les cas de l'affection simple que je viens de décrire ont entre eux une telle ressemblance, que tout ce que j'ai dit dans ma description s'applique très exactement à chaque cas particulier.

Voilà ce que j'écrivais au mois de février 1837. Sept mois plus tard, au mois de septembre, le journal *the London medical Gazette*, publia un travail de M. *John Gardener* sur *une nouvelle espèce de déplacement des os de l'avant-bras chez les enfans*. Dans ce travail, dont l'analyse se trouve dans la *Gazette médicale du 21 octobre* 1837, page 664, l'auteur décrivit avec exactitude, et en homme qui l'avait souvent observée, la lésion que j'avais moi-même décrite, et crut que ce déplacement était *un glissement de l'apophyse bicipitale du radius sous le bord correspondant du cubitus*. Cette opinion, relativement à l'espèce de déplacement qui a lieu dans ce cas, vient d'être reproduite par M. Rendu, qui, sans doute, ne connaissait pas le travail de M. Gardener. Ce chirurgien se demande si les phénomènes qu'il a observés et décrits ne seraient pas dus à ce que, dans une pronation forcée, la tubérosité bicipitale du radius, portée en arrière, aurait franchi le bord externe du cubitus (1).

Quand j'eus connaissance du travail du chirurgien anglais,

(1) *Gazette médicale*, n° du 8 mai 1841, page 301.

je m'occupai de nouveau de cette lésion. Je l'ai rencontrée encore plusieurs fois depuis cette époque, et voici le résultat des recherches que j'ai faites dans le but de reconnaître si l'opinion de M. Gardener était fondée.

1° J'ai disséqué avec soin l'avant-bras d'un grand nombre de cadavres de jeunes enfans, et, chez tous, l'espace inter-osseux était trop large pour que la tubérosité bicipitale du radius pût, dans une forte pronation, toucher le bord correspondant du cubitus;

2° La pronation, dans ce déplacement, n'est pas aussi forcée qu'elle le serait, si la tubérosité bicipitale du radius était engagée sous le bord externe du cubitus;

3° Enfin, chez deux enfans présentant ce déplacement, j'ai ramené la main en supination, sans faire l'extension, et la réduction n'a pas eu lieu.

Première observation. Le 9 septembre 1839, on conduisit chez moi une petite fille, âgée de 3 ans, de la commune de Bouc. Cette enfant avait été amenée à la ville par ses parens. Marchant sur un pavé inégal, elle perdit l'équilibre, et sa mère la retint suspendue par la main droite. Au même instant, l'enfant poussa des cris aigus, et ne put plus se servir de son membre. On me la présenta une heure après, et je reconnus le déplacement dont je m'occupe. L'avant-bras était au quart de flexion; la main en pronation était pendante; le membre était immobile; point de difformité au coude; point de gonflement. Si on tentait de ramener la main en supination, l'enfant jetait les hauts cris. Je saisis le coude de l'enfant avec la main gauche, sa main avec la droite, et, sans faire aucune extension, je ramenai peu-à-peu la main en supination. La réduction n'eut pas lieu; et, dès que je laissai aller la main, elle retomba en pronation. J'exécutai

alors la manœuvre que j'ai décrite plus haut, et, dans le dernier temps de cette manœuvre, je sentis sous mon pouce le claquement caractéristique de la réduction. Dès cet instant, plus de douleur, plus de plaintes; l'enfant prit, de cette main, et porta à la bouche un gâteau qu'on lui présenta.

Deuxième observation. La fille de madame A. me fut amenée, le 23 janvier 1838, avec la même lésion, existant au coude gauche, où elle venait de se produire dans des circonstances tout-à-fait semblables. Comme chez le sujet de l'observation précédente, je ramenai la main en supination sans résultat. Pour éviter de nouvelles douleurs à cet enfant, au lieu d'interrompre la manœuvre pour la recommencer ensuite, j'exerçai sur la main placée en supination des tractions que j'eus soin de faire porter principalement du côté du radius, puis, avec le pouce gauche, je pressai d'avant en arrière sur la tête de cet os, et, à l'instant, j'entendis le bruit qui m'annonçait que la réduction était opérée. Dès ce moment, l'enfant cessa de souffrir, et se servit bien de sa main.

Ces deux observations prouvent, je pense, que le déplacement qui a lieu, dans ce cas, n'est pas celui qu'a cru reconnaître M. Gardener. Le mouvement de supination eût suffi pour ramener la tubérosité bicipitale au-devant du bord externe du cubitus.

L'étendue, peut-être même la direction du déplacement qui a lieu dans ce cas, ne sont pas établies d'une manière positive dans le travail qu'on vient de lire; mais il est, pour moi, bien démontré :

1° Que la lésion en question est un déplacement du radius;

2° Que ce déplacement a lieu dans l'articulation radio-

huméro-cubitale, et ne peut être qu'une luxation très incomplète de la tête du radius.

Dans l'état actuel de la science, si j'avais à décrire les luxations de l'extrémité supérieure du radius, je commencerais mon travail par la description de la lésion qui fait le sujet de ce mémoire.

REMARQUES SUR L'INFECTION PURULENTE,

Par M. Marchal (de Calvi),

Au sujet de la théorie proposée par M. Félix d'Arcet.

M. d'Arcet, au commencement de son travail (1), jette un coup-d'œil en arrière, et constate que ce n'est pas, il y a quelques années, qu'on aurait pu, le solidisme régnant, fonder une doctrine sur les idées humorales. Il fait remarquer cependant que, dès 1823, dans sa thèse, M. Velpeau, très explicitement, avait attribué la formation des abcès multiples à l'absorption du pus en nature et au transport de ce liquide dans la circulation sanguine. Il suffira de citer, en confirmation de l'assertion de M. d'Arcet, la proposition suivante, qui est la vingt-et-unième de la thèse de M. Velpeau: « Non-seulement les matériaux du pus sont absorbés et reportés avec la masse des fluides dans les solides, qu'ils irritent plus ou moins, mais encore le pus lui-même peut être pris tout formé dans les foyers où il se trouve rassemblé en grande quantité, et parcourir ainsi tous les canaux vasculaires pour être déposé par eux dans les tissus des différens

(1) *Thèse pour le Doctorat en médecine*, présentée et soutenue le 11 mai 1842.

organes. » Qu'on se rappelle bien que ceci était écrit en 1823. Un cas qui restera comme un des plus remarquables que la science possède, est rapporté en entier par M. Velpeau à l'appui de sa proposition. M. Velpeau, et cela est bon à constater, savait parfaitement ce qu'il faisait quand il produisait ces idées; il dit lui-même qu'on le trouvera bien hardi ou même bien *absurde* (le mot y est); et, plus loin, quand il veut conclure à propos du cas dont nous venons de parler, il dit que, *quelque entêté qu'on soit du solidisme*, on ne peut méconnaître la signification précise de ce fait. Quand nous rappelons les titres de M. Velpeau, c'est uniquement en faveur de la vérité chronologique que nous parlons. De même, d'ailleurs, que nous développons la pensée de M. d'Arcet, lorsqu'il rend justice à notre savant collaborateur, de même nous lui ferons reproche de n'avoir pas mentionné M. Ribes avant tous les autres. M. Velpeau, en effet, n'est le premier en date que relativement. Il est le premier de ceux qui ont combattu. M. Ribes est le premier de ceux qui ont aperçu. Voyez le mémoire qu'il présenta, en 1814, à la société médicale d'émulation, et vous y trouverez formulée l'absorption du pus par les veines, suivie de l'altération du sang (1). Voilà ce qui trompe l'histoire. Les hommes calmes qui voient et disent simplement ce qu'ils ont vu, qui après avoir dit une fois, ne sentent pas le besoin de répéter ce qu'ils ont dit, et voient avec un sourire d'ironie bienveillante la foule des lutteurs s'approprier leurs idées par le bénéfice de la lutte, ces hommes-là n'obtiennent pas souvent la justice qui leur est due. Lorsque nous disons, au reste, que M. Ribes est le premier qui ait aperçu, nous circonscrivons

(1) *Mémoires et observations d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de chirurgie.* Paris, 1841, t. 1, pag. 1 et suiv.

la question dans notre temps et dans notre territoire. Si nous écrivions l'historique de l'infection purulente, nous montrerions, par exemple, qu'il faut aller en chercher une partie de l'autre côté des Alpes. Peut-être prouverions-nous aussi que toute cette grande découverte, dont nous faisons tant de bruit, n'est guère qu'une conquête de vocabulaire, c'est-à-dire un changement de mots.

Lorsqu'il s'agit de théories humorales, et, en particulier, de l'infection purulente, il y a un écrivain supérieur auquel il faut faire une belle place, c'est M. le professeur Bouillaud. L'article auquel nous allons emprunter un passage fut publié en deux parties, dans la *Revue médicale*, en 1825. On y voit le médecin dont on voudrait faire le simple continuateur de Broussais, se séparer, dès alors, sur un point essentiel, de celui qu'il appelle son maître, et dont il se déclare l'admirateur fervent.

M. Bouillaud a remarqué, avec Hogdson, avec M. Breschet, etc., que les individus affectés de phlébite présentent les symptômes du typhus, et il dit : « Si plusieurs auteurs ont bien constaté le phénomène que nous signalons ici, il n'en est aucun à ma connaissance qui en ait donné, ou qui même ait essayé d'en donner une explication satisfaisante. Efforçons-nous donc de remplir cette lacune.

« Je prierai d'abord le lecteur de remarquer que l'on produit sur les animaux, en injectant dans leurs veines des matières putrides, telles que le pus, l'urine, etc., des fièvres artificielles qui ressemblent exactement aux fièvres putrides ou typhoïdes. Le célèbre Baglivi *infusa*, *inocula*, si l'on peut ainsi dire, la fièvre à plusieurs animaux, en injectant dans leurs veines des substances âcres, spiritueuses, irritantes ; et, dans ces derniers temps, MM. Gas-

pard et Magendie ont produit, en quelque sorte, de toutes pièces, de véritables typhus, en composant la matière de ces injections avec des substances putréfiées.

« Mais si vous y réfléchissez avec une attention suffisante, vous verrez maintenant que les individus affectés d'une inflammation veineuse très étendue, se trouvent dans des circonstances très analogues à celles où sont placés eux-mêmes les animaux chez qui l'on pratique les injections dont nous venons de parler. En effet, l'inflammation des veines ne donne-t-elle pas lieu à la formation d'une quantité plus ou moins considérable de pus, et ce liquide délétère, putréfiable, ne se trouve-t-il pas, pour ainsi dire, tout injecté dans le système sanguin? Cessons donc de nous étonner, si, comme nous l'avons dit plus haut, l'inflammation des veines est souvent accompagnée de tous les phénomènes qui constituent les fièvres dites putrides, adynamiques ou typhiques.

«Nous voilà naturellement engagés dans la grande question des fièvres essentielles, et c'est ici le lieu de dire quelques mots de la doctrine de M. Broussais relativement à ces maladies. Tout le monde sait que ce célèbre médecin regarde la gastro-entérite comme la cause de toutes les fièvres essentielles des auteurs, et qu'il n'admet pas de maladies générales : or, les observations et les expériences que nous avons rapportées sont loin d'être favorables à ce système. Effectivement, nous avons présenté plusieurs observations de fièvre putride ou adynamique, sans l'existence d'une inflammation gastro-intestinale, et nous avons cité des expériences dans lesquelles on produit la fièvre ci-dessus nommée, en injectant des matières putréfiées dans le système veineux. Or, puisque, d'une part, on rencontre des fièvres putrides ou adynamiques, sans phlegmasie gastro-intestinale, et que

d'autre part, on produit ces maladies à volonté en pratiquant les injections indiquées, il est évident et clair comme le jour, 1° que la gastro-entérite n'est pas la cause essentielle des fièvres dites essentielles, et de la fièvre putride ou adynamique en particulier ; 2° que ces fièvres consistent, au contraire, en une phlegmasie universelle du système sanguin, avec altération plus ou moins profonde du sang, et, partant, des autres liquides dont il est la source commune.

« Cette double conclusion me paraît tout-à-fait incontestable. Je ne crains pas de la soumettre au jugement de M. Broussais lui-même ; il se persuadera sans peine qu'en offrant au public des faits qui ne peuvent pas se plier à la nouvelle doctrine des fièvres, je n'ai été guidé que par l'amour de la vérité et non par quelque sentiment hostile envers un homme de génie, que la médecine compte parmi ses plus illustres interprètes, et que je m'honore d'avoir eu pour maître. »

Ce passage a une importance scientifique et une valeur morale : une importance scientifique, en ce qu'il renferme l'explication donnée pour la première fois des phénomènes typhoïdes qui accompagnent la phlébite ; une valeur morale, en ce qu'il montre la rare alliance de la fermeté dans les opinions propres à l'auteur, et du respect envers le maître contre les doctrines duquel il s'inscrit.

La vérité nous fait un devoir de dire que M. Velpeau avait déjà signalé, non pas aussi explicitement, ni pour la phlébite en particulier, mais d'une manière générale, le rapport étiologique de l'état typhoïde avec l'altération du sang par le pus. (*Voyez* son article sur la *Phlegmatia alba dolens*, dans les *Archives ;* année 1824).

Mais entrons plus avant dans le travail de M. d'Arcet.

« Différentes opinions, qu'on peut rapporter à cinq principales, dit M. d'Arcet, divisent actuellement la science au sujet de l'étiologie des abcès multiples : 1° La résorption du pus en nature, par les capillaires et les veines béantes dans la plaie ; 2° la phlébite osseuse ou vasculaire ; 3° la métastase ; 4° la diathèse purulente ou la pyoémie ; 5° l'évolution des tubercules préexistans. »

M. d'Arcet pose ces théories et ne les discute pas. Il prend le pus une fois que celui-ci est arrivé dans le sang, de quelque manière qu'il y soit parvenu. Mais il y aurait quelques remarques à faire sur la simple position de ces théories. Ainsi, l'idée de métastase n'exclut nullement celle de l'absorption par les veines. Monteggia, par exemple, n'explique la métastase que par cette absorption. Ensuite, qu'elle soit osseuse ou non, la phlébite ne peut pas ne pas être vasculaire.

M. d'Arcet a toujours trouvé autour des abcès métastatiques « une aréole inflammatoire multiple formée de zones concentriques, et présentant dans le poumon, par exemple, tous les degrés de la pneumonie. » Il cite un fait de M. Blandin, à l'appui de ses observations, et continue ainsi : « Cette aréole sanguine m'a toujours paru d'une texture lâche, contenant des globules plus petits, irréguliers, plus inégaux que ceux du sang, analogues à ceux qu'Everard Home appelle *lymph-globules*, et semblables à ceux observés par Bauer dans la couche fibrineuse immédiatement en contact avec le sang dans les tumeurs anévrysmales. On trouve aussi comme superposée extérieurement à celle-ci une couche de mucus, et enfin, à leur face externe, des filamens nombreux que l'eau fait apercevoir, en sorte qu'un abcès de cette nature, isolé par la dissection la plus attentive et sans l'ouvrir,

est recouvert à sa face externe d'un chevelu abondant comme le chorion lui-même. »

M. d'Arcet a aussi observé que, « dans le foie, la densité du tissu était sensiblement altérée et la substance hépatique était devenue imperméable jusqu'à deux ou trois millimètres en dehors de cette couche plastique fongueuse qui tapisse la cavité de l'abcès. »

Ces remarques sont contraires à ce qui a été vu par la plupart des observateurs, par MM. Ribes et Velpeau, entre autres, qui s'en expliquent trop catégoriquement pour qu'on ne doive pas penser qu'ils y ont apporté une grande attention; et, toutefois, de son côté, M. d'Arcet expose ce qu'il a noté avec des détails si précis que ce sera une raison pour nous, qui avons vu comme MM. Ribes et Velpeau, d'approfondir plus rigoureusement encore les cas qui se présenteront à notre examen.

La partie essentielle et originale du travail de M. d'Arcet se trouve résumée dans ce qui suit :

« Si, après avoir recueilli du pus par une ponction à l'aide d'un trois-quarts, et en le recevant dans un vase plein d'acide carbonique et contenant une légère couche d'huile, puis l'avoir filtré à travers une toile métallique très serrée, et déterminé par l'examen au microscope l'état où se trouvent les globules, on vient à le soumettre à l'action de l'oxygène, soit à nu, soit par l'intermédiaire de membranes vivantes ou inertes, telles qu'une anse intestinale d'un animal vivant ou une simple enveloppe de baudruche, on ne tarde pas à remarquer qu'à la température ordinaire, il absorbe environ une fois et demie son volume de ce gaz, n'en produisant que le cinquième d'acide carbonique. Mais ce qui est bien plus remarquable (il y a quelques jours encore, je

croyais l'avoir découvert, puisque ce travail, commencé il y a plus d'un an, est basé sur ce fait), c'est que, dans cet acte de l'exposition du pus, au contact de l'oxygène ou de l'air, les globules se réunissent et s'agglomèrent (1); mais ce que Kaltenbrunner n'avait pas vu, c'est que, non-seulement, sous l'influence de l'oxygène, les globules s'unissent en petit nombre, mais encore qu'ils se forment en membranes couenneuses plastiques tout-à-fait semblables à la couenne inflammatoire du sang; puis bientôt cette couche amorphe surnage; la liqueur sous-jacente ne s'éclaircit pas, et, en continuant l'action de l'oxygène, la décomposition putride s'empare de tout, sans cependant faire rentrer en dissolution l'espèce de fausse membrane qui s'en était séparée...

« Ainsi, dit M. d'Arcet, la matière purulente, sous l'influence de l'oxygène *ou de l'air*, est devenue : 1° un corps insoluble, inerte, granulé, dont la ténuité n'est plus assez grande pour circuler avec le sang, et qui a perdu son volume capillaire pour en revêtir un autre qui l'exclut des dernières ramifications vasculaires... Mais là ne se bornent pas les altérations éprouvées par le pus; il en a subi une plus intime, plus immédiate, plus sensible. 2° Elle consiste dans la production d'un liquide noirâtre, putride, exhalant une odeur d'une fétidité extrême, analogue à celle de la sanie des cadavres en putréfaction complète... » La première de ces substances, le corps insoluble, inerte, granulé, etc., cor-

(1) « Comme je viens de le dire, j'ignorais, il y a quelques jours encore, que Kaltenbrunner eût fait avant moi la même observation. Ce n'est qu'en relisant, pour la rédaction de ce travail, les différentes recherches entreprises sur le pus, que j'ai trouvé cette indication, dont au reste, il n'avait pas compris la portée. » (*Note de M. d'Arcet.*)

tité du *produit séro-sanieux*, M. d'Arcet a vu, cette fois, se développer tous les symptômes de l'état typhoïde le mieux caractérisé. L'expérience suivante nous offrira le tableau de ces symptômes et des lésions observées. « Dix grammes de cette matière furent injectés dans la veine jugulaire d'un chien de moyenne taille ; immédiatement commencèrent les mouvemens que Gaspard appelle des mouvemens de déglutition, et qui ne sont que des contractions spasmodiques du diaphragme, comme dans le hocquet ; puis, environ dix minutes après, commencèrent le malaise, l'inertie, la dyspnée, l'abattement si bien noté par lui ; et bientôt parurent les excrétions d'urine et de matière fécale, arrivant comme si l'animal n'en avait pas la conscience ; après deux heures, abattement de plus en plus marqué, pâleur de la muqueuse buccale, écoulement de mucus par les narines, œil éteint, décubitus sur le côté, selles liquides, déjections noirâtres, comme dans le mélæna, poitrine douloureuse à la pression, vomissemens abondans et comme convulsifs, frémissemens des muscles, cris inarticulés, mort cinq heures après l'opération. Je trouve les poumons violets, engoués, durcis, et comme dans l'œdème, laissant écouler de la sérosité ; leur surface est couverte de petites ecchymoses sous-pleurales et intralobulaires ; des ecchymoses semblables existent sur la rate, sur le foie et sur les intestins ; la membrane interne de l'aorte est rougeâtre, le cerveau ne présente aucune altération. Le sang est liquide, noirâtre, avec reflets verdâtres, comme huileux ou poisseux, et contient des grumeaux qui s'écrasent entre les doigts sans donner la sensation de la fibrine ; les artères sont vides ainsi que la cavité gauche du cœur ; l'estomac est violacé par la stase du sang veineux. »

L'état du sang, à la suite des expériences avec le *produit*

bulaire dans la circulation, il a vu le sujet tantôt succomber immédiatement, comme frappé de la foudre; tantôt, après quelques instans de syncope et d'inertie, se relever, rester abattu et faible un certain temps encore, puis se rétablir complétement; tantôt enfin, il a vu l'abattement se continuer et augmenter, l'animal se cacher et se blottir dans un coin, le pouls s'accélérer et devenir dur, la respiration se précipiter, et le sujet, au bout d'un temps, qui, dans ses expériences n'a jamais dépassé 50 heures, périr doucement, sans diarrhée, sans vomissement, sans ballonnement du ventre, et comme succombant à une asphyxie lente et successive. « A l'autopsie, on trouve, dans ce cas, des phlyctènes sur le poumon, avec ecchymoses sous-pleurales pénétrant dans le parenchyme, et ayant pour centre un noyau fortement hépatisé...

« Ainsi, dit M. d'Arcet, les corps pulvérulens, inertes, métalliques ou autres, introduits dans la circulation, dès que leur volume n'est plus en rapport avec les capillaires sanguins, produisent des engorgemens lobulaires dans les différens organes, engorgemens locaux, inflammatoires, sans autres symptômes généraux plus graves que ceux des phlegmasies franches; c'est-à-dire, qu'on ne remarque pas alors de ces accidens terribles qui accusent un trouble profond et fondamental de l'organisme : il y a bien maladie, mais il n'y a pas diathèse. »

Mais quoi! Il y a des sujets qui succombent immédiatement, comme frappés de la foudre; il y en a d'autres qui périssent dans l'accablement et la stupeur, et l'on dit que l'on ne voit pas alors de ces accidens terribles qui annoncent un trouble radical de l'économie!

2° Ayant introduit dans la circulation une certaine quan-

nion, et deviendront des corps incapables de traverser les capillaires dont ils devront alors obstruer le calibre à la manière du mercure, de l'or, du charbon, et ils amèneront ainsi la série de phénomènes et d'altérations qu'on remarque à la suite de l'introduction de ces corps dans la circulation. La partie liquide, sous les mêmes influences, contractera des propriétés putrides qui détermineront les accidens énumérés et décrits plus haut, accidens tout-à-fait identiques avec ceux qu'amène la circulation simultanée du sang et des matières putrides. » M. d'Arcet a cherché une nouvelle preuve de cette théorie dans une expérience consistant à injecter les deux produits sur le même sujet, et voici le résultat auquel il est parvenu dans deux cas : « Comme les accidens putrides généraux se développent et tuent beaucoup plus vite que ceux déterminés dans le poumon seulement, quarante heures après avoir injecté dans la jugulaire d'un chien 10 grammes de la solution d'or, préparée dans les proportions que j'ai mentionnées plus haut, je lui introduisis de la même manière 10 grammes de sérosité putride exhalant une odeur infecte ; il succomba six heures après, présentant exactement les symptômes ordinaires ; mais à l'autopsie le poumon, au lieu d'être simplement engoué ou ecchymosé, offrait une foule d'engorgemens lobulaires dont quelques-uns, au nombre de six, contenaient du pus, tandis que les autres étaient à un point moins avancé d'inflammation. L'autre expérience, faite sur un lapin, présenta des résultats non moins tranchés. »

Voici donc la théorie de M. d'Arcet. Lorsque du pus se trouve mêlé au sang, il est, par l'action de l'oxygène, séparé en deux parties, l'une qui s'arrête dans les capillaires que son volume l'empêche de traverser, et qui agit mécani-

quement en développant de petites collections purulentes; l'autre qui, étant fluide, traverse les capillaires, passe dans le sang artériel et infecte l'économie, qu'elle plonge dans l'adynamie.

Cette théorie est ingénieuse. Est-elle solide? C'est la question que nous allons essayer de résoudre. En premier lieu, d'après ses expériences, M. d'Arcet est-il bien autorisé à conclure qu'effectivement, lorsqu'on injecte le *produit globulaire*, les lésions qui amènent la mort diffèrent d'une manière tranchée de celles que détermine l'injection du *produit séro-sanieux?* Certes, les symptômes décrits par M. d'Arcet diffèrent; mais l'état anatomique diffère-t-il au même point? Nous concevons, au surplus, que deux produits aussi différens donnent lieu à des effets différens. Mais on ne meurt pas de rien, et lorsqu'un animal succombe comme frappé de la foudre ou dans un espace de temps qui ne va pas au-delà de 50 heures, il faut bien que quelque perturbation violente se soit opérée dans son organisme. La seule présence d'indurations multiples non encore abcédées dans les poumons, ne suffit pas pour expliquer un aussi prompt résultat, et il ne semble pas que l'on soit fondé à invoquer l'asphyxie.

Mais cette question ne doit pas nous occuper davantage. Ce qu'il s'agit expressément de savoir, ce n'est pas si les deux produits donnent lieu à des effets différens d'une manière tranchée, c'est s'il y a bien deux produits, c'est-à-dire s'il se fait dans l'économie une séparation des élémens du pus. Or, il y a des cas de plaies de tête dans lesquels il n'existe d'abcès métastatiques que dans le foie. Qu'est-il arrivé alors? Le pus a été absorbé par les veines crâniennes, et il est parvenu au cœur droit, mêlé au sang veineux; du cœur droit il a été

porté au poumon par l'artère pulmonaire. Là, il a été soumis à l'action de l'oxygène. Pourquoi donc ne s'est-il pas dissocié? Pour que la théorie fût vraie, il l'aurait fallu évidemment. Mais non : il traverse les capillaires du poumon, retourne au cœur par les veines pulmonaires, et ce n'est que dans le foie qu'il va produire ses effets. Voilà, pensons-nous, une objection sérieuse à la théorie de M. d'Arcet.

Mais supposons, ce qui est l'ordinaire d'ailleurs, qu'il existe en même temps des abcès dans le foie et dans le poumon : quel aura été, dans ce cas, le procédé pathogénique, au point de vue de M. d'Arcet? Le pus, peu importe de quelle manière, sera arrivé au poumon, où il aura subi la décomposition indiquée. Le produit globulaire se sera arrêté dans les capillaires du poumon, et le produit séro-sanieux se sera mêlé au sang artérialisé, et sera allé infecter l'économie? Mais les abcès du foie, comment donc se seront-ils développés? Est-ce le produit séro-sanieux qui les aura déterminés? Non, puisque ce produit, d'après la théorie, doit borner son rôle à infecter l'organisme. Avec cette théorie, il n'y a place que pour les abcès métastatiques du poumon. Cela est frappant. Que le pus soit absorbé ou formé dans les veines, peu importe : il faut toujours qu'il traverse le poumon d'abord; c'est là son cours inévitable; et s'il faut que l'oxygène lui fasse subir la séparation que vous avez produite artificiellement, en vous mettant hors les lois de la vie, cette séparation devra infailliblement avoir lieu, là, dans le poumon; il en résultera évidemment que l'élément globulaire sera, infailliblement aussi, d'après votre théorie, arrêté dans les capillaires pulmonaires, de sorte que vous n'aurez plus cet élément pour expliquer la formation des abcès multiples ailleurs que dans le poumon.

Notre argument subsisterait avec toute sa force alors même qu'il serait prouvé que l'oxygène, comme M. d'Arcet est porté à l'admettre, circule en nature avec le sang veineux. Supposons, en effet, que cela soit, et que la décomposition du pus se fasse dans les canaux veineux, il faudra toujours que le pus décomposé aboutisse d'abord aux capillaires du poumon, et que le *produit globulaire*, seul propre à déterminer les abcès, soit arrêté là, d'où il suit, comme nous le disions, que les abcès autres que ceux du poumon n'auront pas d'explication possible.

Il y aurait encore une objection : c'est que, si la théorie de M. d'Arcet était fondée, il ne devrait jamais y avoir de pus en nature dans le poumon, non-seulement dans les abcès métastatiques, mais encore dans toutes les pneumonies lobulaires des enfans, avec abcès ; cas qui se présentent assez fréquemment : en effet, toujours sur le passage de l'oxygène, le pus devrait toujours être décomposé : de plus, la moindre suppuration du poumon devrait, par une conséquence rigoureuse, amener, toujours aussi, l'infection purulente.

Si nos objections sont fondées, si elles semblent telles à M. d'Arcet lui-même, il s'en consolera en pensant avec nous que certaines doctrines, mêmes erronées, ne peuvent naître que d'un esprit distingué.

M. d'Arcet, dans sa thèse, a examiné d'autres points de doctrine ; mais nous ne faisons pas ici une analyse de la thèse de M. d'Arcet. C'est uniquement sa théorie sur l'infection purulente que nous avons voulu apprécier.

Quoique l'on pense de la valeur de cette théorie, les faits sur lesquels on a essayé de la fonder, devaient être mis en lumière. Un fait en appelle un autre. Une expérience ouvre

le champ à des expériences semblables ; et il arrive que des résultats, que l'on avait voulu infructueusement faire concourir à une solution, servent, quand leur temps est venu, à une solution différente.

Il y a, dans l'introduction de la thèse de M. d'Arcet, un passage qui montrera le point de vue essentiel auquel l'auteur se place, dans ses travaux, et c'est bien le moins, après une critique aussi franche, que, pour lui en faire honneur, nous transcrivions ce passage.

« La science consiste dans autre chose que des faits ; il y a, pour son établissement et sa stabilité, autre chose que l'œuvre matérielle. C'est la raison et l'intelligence qui donnent la parole et la vie à ces muettes dépouilles de tous les temps et à ces œuvres de tous les bras. Si Bichat n'eût été qu'un vivisecteur, il n'aurait eu jamais que l'autorité des vivisecteurs, et la postérité ne lui devrait pas l'admiration qu'elle lui a vouée.

« La tendance positive actuelle est-elle moins fertile en erreurs que la spéculation des anciens? Je n'oserais le dire. Les faits d'un jour sont bien souvent renversés par les faits du lendemain, et je me demande si on n'a pas eu à enregistrer plus de faits devenus faux que de théories devenues erronées. »

« Ne soyons donc pas seulement d'infatigables expérimentateurs, soyons aussi ceux qui généralisent, car l'expérimentation est secondaire. En cela l'école allemande est dans une belle et grande voie ; et déjà que de beaux travaux nous ont été donnés par elle ! Ils savent bien, et ils marchent dans la science, fidèles à ce principe, que les choses vitales ne sont pas saisissables par nos instrumens, que la pensée peut seule les poursuivre et les atteindre, que les mystères

de la vie, enfin, ne sont saisissables que par les mystères de l'intelligence. »

L'élégance du style s'allie, dans ce passage, à la profondeur de la pensée. Il est bon de s'exprimer ainsi devant une école qui se glorifie, à juste droit, de s'appeler l'école anatomique, mais dont les tendances menacent de laisser trop peu d'emploi à l'esprit de déduction et de théorie.

DU SIÉGE DE L'ÉTRANGLEMENT DANS LES HERNIES.

A M. le rédacteur-gérant des ANNALES DE CHIRURGIE.

Monsieur,

Je viens de lire, dans votre dernier numéro, un article de M. le professeur Sédillot, où je suis traité d'une façon tout-à-fait flatteuse et agréable. Dans un endroit, il me taxe *de légèreté et de présomption ;* ailleurs, il admire mon *ingénieuse manière d'escamoter les questions ;* là, il se propose de montrer *tout ce qu'il y a de vain, de faux et de contradictoire dans ma manière de raisonner ;* plus loin, il affirme que le nombre sera très grand de ceux *qui ne me comprendront pas ;* il redoute pour moi *le dédain de ceux qui sont en état d'apprécier le vide et le peu de justesse* de mes phrases *gonflées de prétention philosophique*. Où en sommes-nous, bon Dieu? et où M. Sédillot a-t-il pris cette terrible manière d'argumenter? A Dieu ne plaise que je le suive sur un pareil terrain ; loin de lui renvoyer ces épithètes mal sonnantes d'*esprit léger et présomptueux*, je conviendrai bien volontiers qu'il est tout le contraire.

Glissons rapidement sur ces misères : ce n'est pas là ce qui m'a fait prendre la plume. Mais, à travers ses aménités littéraires et philosophiques, M. Sédillot adresse à mon premier mémoire sur l'étranglement des hernies des objections telles que, si elles se trouvaient fondées, ce travail s'écroulerait en effet par la base ; puis, alors que j'échapperais à cette première attaque, il tient en réserve quatre observations qui achèveraient ma défaite.

Ainsi M. Sédillot prétend (pages 12 et 21) que *M. Malgaigne s'est bien gardé de définir ce qu'il entendait par anneau. En fixant les termes du débat, il rendait sa défaite inévitable*, etc.; et, en vertu de cette incertitude que j'aurais laissée à dessein dans toutes mes œuvres, M. Sédillot proclame que je n'admets d'autre étranglement que celui qui se fait par le collet.

Il est de règle, quand on veut critiquer un auteur, de commencer par le lire. Si M. Sédillot m'eût fait l'honneur de jeter les yeux sur mes *Leçons cliniques sur les hernies*, publiées en 1840, avant le mémoire qu'il critique, il aurait vu, pages 75 à 77, que, pour les hernies inguinales, j'entendais parler des deux anneaux inguinaux ; pages 197 et 198, que, pour les hernies crurales, je spécifiais nettement l'anneau crural ; et qu'en niant l'étranglement par ces trois anneaux, je l'admettais pour toutes les autres ouvertures fibreuses. Je l'admettais, page 229, *et peut-être même le plus souvent*, par l'anneau ombilical ; je l'admettais, page 198, par les ouvertures du fascia cribriforme, et j'ajoutais que je l'avais trouvé là sous mon bistouri ; je l'admettais, en un mot, et je l'admets par toutes les éraillures aponévrotiques, et je donnais les raisons de mon opinion. M. Sédillot n'a pas consulté cet ouvrage, soit ; mais il a lu mes réponses à M. Velpeau,

puisqu'il les cite ; et là il a dû voir que je séparais distinctement ces trois anneaux de toutes les autres ouvertures herniaires. — Mais, dira-t-il, c'est dans le mémoire que cela devait être. — Soit encore ; s'il avait lu avec quelque attention cet unique mémoire, il y eût facilement trouvé la preuve que je n'entendais parler que des anneaux naturels ; il aurait découvert sans trop de peine que mes argumens, tirés de la compression des vaisseaux cruraux et du cordon spermatique, ne pouvaient s'appliquer qu'à ces trois anneaux ; et, enfin, il aurait lu textuellement dans les conclusions :

« Tout ce qui a été *démontré* jusqu'à présent, et je mets à dessein ce mot en italique, c'est que, pour les anneaux inguinaux et l'anneau crural, l'étranglement est produit par le collet du sac. »

De tout quoi il résulte déjà que M. Sédillot me prête à plaisir une doctrine qui n'est point la mienne, et qu'il me critique sans daigner prendre la peine de me lire, ce qui est la marque assurée d'une critique sévère.

Page 12, M. Sédillot me reproche également d'avoir évité *avec beaucoup de soin toute explication sur la structure et l'état des collets*. A quoi je ne puis répondre autre chose, sinon que M. Sédillot a évité *avec beaucoup de soin* de lire mes *Leçons cliniques;* il aurait trouvé, page 75, toutes les explications sur les collets, qu'il aurait pu désirer. Il ajoute, page 12 et page 13 : *Une observation plus curieuse encore, c'est que l'auteur dont tout le travail roule sur le fait de l'étranglement n'a pas même essayé de dire quelle signification il attachait à ce mot. Ce qui est plus curieux, c'est que M. Malgaigne n'est pas parvenu à laisser soupçonner la plus petite vérité d'application comme conséquence de*

servir à prouver que l'étranglement siégeait aux anneaux ; mais lui-même, il nous confesse naïvement, page 34, qu'il ne sait pas où était l'étranglement, *s'il était dû à une éraillure du fascia cribriforme, du fascia transversalis, ou à tout autre feuillet fibreux*. Non-seulement il ne le sait pas, mais il n'a pas même cherché à le savoir, et il prend le soin de nous expliquer pourquoi ; c'est, entre autres raisons, que *dans beaucoup de cas cette recherche serait infructueuse*. Mais, comment alors est-il possible de donner ces trois faits en preuve du siége réel de l'étranglement?

Quant à la dernière observation, qui est complétée par l'autopsie, elle offre ceci d'étrange, qu'après l'autopsie même M. Sédillot ne paraît pas se douter à quelle sorte d'étranglement il a eu affaire. Pour quiconque lira cette observation avec soin, il ne restera aucun doute que la hernie était étranglée par une ouverture du fascia cribriforme. M. Sédillot aime mieux qu'elle l'ait été par l'anneau crural. Une hernie intestinale, *de 24 millimètres de hauteur*, étranglée par l'anneau crural ! Ceci est une autre découverte, qu'on peut mettre à côté de l'étranglement par le muscle crémaster.

Je m'arrête ; après le regret de voir une discussion scientifique entamée sous des formes acerbes qui ne sont pas de notre temps, j'éprouve un autre regret bien sincère, celui de saisir en flagrant délit d'altération et de découvertes de ce genre un homme qui a montré ailleurs un véritable talent. De ses sarcasmes plus ou moins aiguisés, de ses plaisanteries déjà un peu réchauffées, que voulez-vous que je dise, et qu'est-ce que cela prouve? Je suis seul contre tous, dites-vous ; peut-être ; mais du moins il ne faudrait pas m'accuser quelques pages plus loin, d'avoir mis en avant des idées si vulgaires. Seul contre tous, je l'ai été sans doute, déjà plus

d'une fois, et j'ai appris tout ce qu'il faut de vigueur et de persévérance pour faire triompher une idée nouvelle. Vous m'aviez prophétisé qu'on ne daignerait pas me réfuter, et j'ai fait mentir votre prédiction; je vous ai fait sortir de votre superbe silence; de toutes parts les réfutations me pleuvent; tout le monde, comme si déjà l'édifice était en péril, se hâte d'y porter la main. Comment cela s'est-il fait? Qui suis-je, et d'où vient ma force? Elle me vient de cette philosophie dont le premier j'ai invoqué le nom dans les matières chirurgicales, et dont je vous ai déjà appris malgré vous à balbutier le langage; elle me vient de cette ardeur dans les recherches et de cette rigueur dans la critique qui font que, si je n'arrive pas à la vérité, je puis me rendre du moins ce témoignage que je n'ai rien épargné pour y atteindre. Trop long-temps la chirurgie n'a été qu'*un métier,* comme vous le rappelez si élégamment vous-même; il ne faut pas laisser perdre les efforts qu'elle a tentés pour se faire une science; mais, pour cela il est urgent qu'elle entre dans la voie que lui a montré dès long-temps la médecine interne; qu'elle sache sur quels fondemens elle repose, et qu'au besoin elle assure la solidité de sa base; et, ne vous en déplaise, c'est la philosophie seule qui peut le lui enseigner.

Agréez, etc.

MALGAIGNE,

chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

sa doctrine, et que son avis, adopté ou non, ne change rien au traitement généralement suivi.

Il y a quelque chose de plus curieux que tout cela : c'est que M. Sédillot ne tient compte ni d'un très long mémoire *sur l'inflammation dans les hernies*, inséré dans les *Archives*, ni de mes nouvelles Leçons cliniques, publiées par la *Gazette des Hôpitaux*, ni de ma lettre à M. Velpeau, ni de mon mémoire *sur la mortalité après l'opération du débridement*, où j'ai dit et répété ce que j'entendais par étranglement ; où j'ai dit et répété que l'on confondait l'inflammation avec l'étranglement ; où j'ai dit et répété que l'engouement était une chimère ; où j'ai essayé de poser enfin les indications rationnelles de l'opération. M. Sédillot ignore-t-il tous ces travaux ? Strasbourg est-il si loin de Paris que les journaux n'y parviennent point ? Mais non, il ne les ignore point ; il en cite plusieurs dans le cours de son article ; et alors que veulent donc dire ses observations *plus curieuses* les unes que les autres ? Il y a plus : c'est que la dernière phrase de mon premier mémoire annonce très clairement la nécessité, l'urgence de distinguer les étranglemens réels de ce que j'ai appelé depuis les *pseudo-étranglemens ;* c'est que dans le cours du même mémoire j'ai rejeté d'une manière absolue la doctrine de l'engouement, et par suite l'une des indications généralement admises pour l'opération du débridement ; et jusqu'à présent personne, excepté peut-être M. Sédillot, n'a osé défendre la réalité de cette théorie fantastique de l'engouement herniaire.

J'abuserais de la patience du lecteur si je voulais reprendre ainsi toutes les petites altérations de faits qui pullulent dans cet article ; je ne veux pas cependant passer sous silence une doctrine nouvelle que M. Sédillot attribue géné-

reusement à la chirurgie moderne, mais dont à lui seul appartient tout l'honneur. Il s'écrie, page 15 : *Toutes les causes reconnues de l'étranglement ont été admises;* puis il énumère ces variétés d'étranglement et il y joint les étranglemens *par le crémaster;* et il répète plus intrépidement encore : *Tous ces faits n'ont pas trouvé de contradicteurs.* Un moment, s'il vous plaît, je m'inscris en faux contre cet étranglement *par le crémaster;* et si je ne l'ai pas fait plus tôt, c'est que j'ignorais absolument que personne eût jamais fait cette énorme découverte.

En résumé, j'ai professé et je professe que jusqu'à présent il n'y a pas un seul fait incontestable, j'entends un fait d'autopsie, qui ait mis en évidence l'étranglement par l'un des deux anneaux inguinaux ou par l'anneau crural. Ma doctrine ainsi bien établie et rétablie, voyons les quatre observations de M. Sédillot.

Les trois premières sont des cas d'opération, sans autopsie. J'ai déjà combattu par cette raison, l'absence d'autopsie, quelques observations analogues de M. Velpeau ; mais je dois cependant établir entre ces faits une légitime différence. Quand M. Velpeau a voulu rechercher sur le vivant le siège réel de l'étranglement, il connaissait à fond la difficulté ; il avait médité la matière, il avait pris toutes les précautions possibles pour ne pas être induit en erreur ; aussi, jamais expérience de ce genre n'avait encore été faite avec autant de rigueur ; et, si cependant je n'en ai point été convaincu, c'est que toute opération sur le vivant entraîne des chances d'erreur que personne au monde ne saurait éliminer d'une manière complète ; c'est que la seule démonstration irréfragable ne peut être donnée que par une autopsie. Mais les faits de M. Sédillot sont vraiment d'une toute autre nature. Il veut les faire

RÉPONSE A LA LETTRE DE M. MALGAIGNE.

M. Malgaigne n'a pas à craindre que nous oubliions les égards qui lui sont dus ; il est chez nous, et nous ne sommes pas dans l'habitude de manquer aux personnes que nous avons l'honneur de recevoir.

D'ailleurs, sans rappeler ici une phrase célèbre, nous comprenons qu'après le courage dont il fait preuve, et le succès qu'il obtient, M. Malgaigne a droit d'être traité avec considération.

M. Malgaigne, qui croit avoir mis ses talens au service d'une bonne cause, peut voir, sans trouble d'esprit et sans faiblesse de cœur, qu'il est seul contre tous ; mais la critique la plus farouche ne saurait perdre de vue les ménagemens qu'un tel isolement commande.

M. Malgaigne a beaucoup de goût pour la philosophie, et c'est un goût qu'il partage avec les esprits les plus distingués.

Mais nous croyons que ce grand mot de philosophie aurait bien besoin d'être défini. Nous lisions dernièrement, dans la belle préface de M. Peisse, aux *Fragmens philosophiques* de l'Écossais Hamilton, que la philosophie est une science qui n'a pas encore déterminé son objet et qui se cherche encore (c'est-à-dire que ce n'est pas une science). Il est possible, toutefois, que M. Malgaigne soit plus avancé là-dessus que M. Peisse.

Ensuite, si la philosophie, considérée d'une manière absolue et en elle-même, était définie, il faudrait encore la définir dans son application aux divers corps de science, et se demander, pour ce qui nous touche, ce que c'est que la philosophie de la chirurgie.

Il paraît que, pour M. Malgaigne, c'est la connaissance des fondemens de la chirurgie. S'il en est ainsi, M. Malgaigne, avec la raison qui le distingue, ne peut pas croire long-temps que ce soit lui qui ait inventé la philosophie chirurgicale. On n'invente pas la philosophie d'une science toutes les fois qu'on touche à une des parties de cette science dans un but, légitime ou non, de renversement. Dupuytren aurait inventé la philosophie de la chirurgie avant M. Malgaigne, et il lui aurait fallu pour cela tout simplement nier les luxations du poignet. Combien d'autres encore auraient inventé la philosophie de la chirurgie avant M. Malgaigne!

Il y a une chose que M. Malgaigne a inventée en fait de philosophie chirurgicale, et nous veillerions au besoin à ce que cette invention ne lui fût pas disputée, parce qu'il est juste que chacun jouisse de son bien : c'est que Descartes a engendré J.-L. Petit, lequel était peut-être bien éloigné de s'attendre à une semblable paternité. Petit, le plus grand praticien de France, avec Paré, c'est-à-dire l'un des chirurgiens du monde qui ont le plus vu et le mieux vu! Petit, devenu le représentant, le drapeau de ce que l'on appelle (à tort, on le verra), la philosophie de l'imagination! Voilà une découverte surprenante, et, certainement, ce doit être là de la philosophie transcendante. Nous mettons la chose au conditionnel, et nous en demandons pardon à M. Malgaigne; mais tout le monde ne possède pas les mêmes aptitudes, et, pour trancher sur de telles questions, nous reconnaissons volontiers que nous n'avons pas les talens philosophiques du chirurgien de Bicêtre.

M. Malgaigne dit que nous balbutions, et il avance que c'est lui qui nous a appris à balbutier. Il en serait peut-être bien capable, mais il n'y aurait pas de quoi s'en flatter.

Nous tenons à ne pas balbutier ; nous voulons qu'il soit admis que nous parlons, et nous ne voulons pas que ce soit M. Malgaigne qui nous ait appris à parler, quoiqu'il soit lui-même fort éloquent.

Nous ne savons pas bien si la philosophie, en chirurgie, consisterait dans un certain nombre de principes capables de guider le chirurgien dans l'exercice de son art et dans l'exposition de ses connaissances. C'est une question que nous soumettons humblement à de plus savans que nous, et comme nous pensons que M. Malgaigne est un grand philosophe, nous la lui soumettons à lui-même. Si la philosophie chirurgicale était ce que nous venons de dire, nous demanderions à M. Malgaigne la permission de réfléchir un instant sur la priorité qu'il revendique. Nous connaissons d'autres chirurgiens, qui, à la vérité, n'ont pas inventé le cartésianisme chirurgical, mais qui ont positivement écrit et qui agissent sous l'influence des principes auxquels nous faisons allusion. A vrai dire aussi, les *Annales de la chirurgie* n'ont guère été fondées que pour le soutien de ces principes. Elles croyaient même l'avoir prouvé par l'attitude qu'elles ont prise dans les questions qui ont agité récemment les opérateurs. Mais peut-être ce n'est point là de la philosophie, et nous ne sommes que des écoliers. Qu'il y a loin de là à Descartes et à Bacon, grand Dieu ! et que de tels noms font belle figure dans un article ! quel reflet en rejaillit sur celui qui les écrit.

L'exemple de M. Malgaigne nous entraîne, et, sans y avoir à beaucoup près les mêmes droits, nous sommes conduit, nous aussi, à dire notre mot sur Descartes.

Quelle fut la mission et quelle fut la gloire de ce grand philosophe ? Descartes trouva le monde moral sous le joug

de l'autorité. Ce monde était à refaire; et ce tyran devait être abattu. Descartes, qui, à ce point de vue essentiel, a plus fait pour le progrès que J.-J. Rousseau, en appela à la raison, et ne voulut rien admettre qu'elle n'eût sanctionné. Pour ne pas être entravé, il commença par faire prouver à la raison, l'homme, l'âme et Dieu. L'instrument fut ainsi sanctifié. On en avait grand'peur, et il y avait dans la vieille Sorbonne des gens clairvoyans qui savaient bien où cette raison allait mener le monde; mais il n'y avait pas lieu à brûler Descartes, et c'est ce que voulait Descartes, qui avait une peur extrême et parfaitement légitime du bûcher.

Où est là le mépris des faits? Descartes veut tirer de ceux-ci les déductions que sa raison lui suggérera, et ne veut pas s'astreindre aveuglément aux conséquences séculairement imposées à l'intelligence humaine. Voilà tout.

Descartes ne méprise pas les faits, il les recherche au contraire et veut seulement être libre de les interpréter. La preuve qu'il aime les faits, c'est qu'il étudie l'anatomie. Nous avons trouvé à cet égard un détail bibliographique bien curieux. Il s'agit d'un article du *Journal des savans,* dans lequel on annonce un livre d'anatomie, composé, est-il dit, d'après les anatomistes les plus célèbres, au nombre desquels on cite M. Descartes.

S'il existait donc une époque en chirurgie, caractérisée par l'abandon des faits au profit de la théorie pure, il ne faudrait pas accuser Descartes de cet excès.

Ceux qui accusent Descartes d'avoir trop accordé à la raison, ceux surtout qui, par le plus étrange oubli de l'histoire, en font le philosophe de l'imagination, n'ont jamais lu apparemment que le discours sur la méthode, et ignorent complétement qu'il a existé un Descartes mathématicien. Nous

ne voulons pas dire assurément que le discours sur la méthode puisse sensément donner lieu à penser que Descartes n'avait aucun souci des faits, et seul, avec sa raison, ne se complaisait que dans le vide. Non, certes. Mais un esprit prévenu peut, avec ce seul indice, se croire autorisé à conclure dans ce sens.

Voilà assez de philosophie. Ce sont des sujets difficiles qui demanderaient d'amples développemens et un autre lieu. Arrivons à la réponse de M. Malgaigne, si toutefois c'est bien une réponse que M. Malgaigne a eu l'intention d'écrire.

M. Sédillot a adressé aux idées de M. Malgaigne des objections fondamentales, et a cité quatre faits, dont le dernier surtout a une signification péremptoire. M. Malgaigne répond : 1° qu'il a distingué les anneaux des autres ouvertures aponévrotiques ; 2° qu'il a donné sur la structure et l'état des collets toutes les explications désirables.... Cela prouve-t-il que l'étranglement des hernies crurales et inguinales a toujours lieu par le collet du sac ?

Il n'y a que dix lignes de la lettre de M. Malgaigne que nous puissions considérer comme ayant rapport au fond de la question : ce sont celles dans lesquelles il discute la quatrième observation de M. Sédillot. Ici, nous devons avouer notre stupéfaction profonde, et, comme nous avons la plus grande confiance dans l'esprit de M. Malgaigne, nous nous défions en proportion du nôtre, si bien que c'est à peine si nous osons donner notre avis sur ce point. M. Malgaigne, qui n'a point vu, dit à celui qui a vu de ses yeux et touché de ses mains : « Vous vous trompez extrêmement ; il vous plaît de dire que c'était l'anneau crural qui étranglait ; mais tous ceux qui liront votre observation diront que la hernie était étranglée par une ouverture du fascia cribriforme. »

Mais à son tour, le chirurgien auquel on s'adresse ne sera-t-il pas en droit de répondre comme M. Malgaigne : « Un moment s'il vous plaît ! » L'arcade crurale et le ligament de Gimbernat, qu'il a fallu diviser pour lever l'étranglement, concourent-ils, oui ou non, à former le pourtour de l'anneau crural, et, quand l'étranglement a lieu dans l'ouverture qu'ils circonscrivent, est-il donc possible à des gens qui n'ont que leur bon sens d'attribuer cet étranglement à une autre ouverture que l'anneau crural ? Quant à l'argument que M. Malgaigne tire de ce que la hernie n'avait que vingt-quatre millimètres de hauteur, nous avouons que nous ne le comprenons pas. Si la bonne foi de M. Malgaigne ne nous était parfaitement démontrée, nous croirions qu'il a suivi un mauvais exemple, et qu'il a agi comme ces folliculaires des petits journaux qui soulignent par-ci par-là les phrases des écrivains qu'ils attaquent, afin de faire croire que ce sont autant d'incorrections.

Je vous ai fait sortir de votre superbe silence, nous dit M. Malgaigne. Hélas ! il n'est que trop vrai. Mais il peut être certain d'une chose, c'est que, s'il n'y avait eu, dans l'article de M. Sédillot, qu'une réponse à la *Théorie nouvelle des étranglemens*, malgré la considération sérieuse due à l'auteur de cet article, nous nous serions cru dans la pénible obligation de priver nos lecteurs de ce travail.

Nous avons, pour ne pas nous mêler à cette discussion, deux motifs : le premier est celui qui a déjà été indiqué et que M. Sédillot a rappelé dans son article ; le second est que M. Malgaigne est seul de son avis, ce qui fait qu'il n'y aurait que lui à dissuader.

MARCHAL (de Calvi).

REVUE CHIRURGICALE.

Compte rendu des travaux chirurgicaux de l'Académie royale de médecine, pendant l'année 1841.

(Suite et fin).

Observation d'accouchement opéré par la gastrotomie dans un cas de grossesse extra-utérine, par M. MATTHIEU. — *Rapport* de MM. Capuron et Gerdy, *rapporteur*.

M. Gerdy commence par résumer l'observation de M. Matthieu, que M. Bresoles, témoin et acteur, a, de son côté, rédigée pour notre journal; après quoi, il recherche dans les annales de la science les faits analogues, qu'il divise en cinq catégories. Ces faits avaient été indiqués ou même rapportés par M. Dezeimeris, dans son mémoire, ou par M. Velpeau, dans son article du *Dictionnaire de médecine*. Nous en donnons le résumé.

1re CATÉGORIE. *Grossesses extra-utérines prolongées sans causer la mort.*

1. La femme Puget, de Toulouse, éprouva, au neuvième mois de la grossesse, les symptômes de l'accouchement; les eaux s'écoulèrent, et l'enfant ne sortit point. Pendant deux ans elle sollicita l'opération.

A l'autopsie, l'enfant mort était dans le ventre, hors de l'utérus, sans odeur, même trois jours après l'autopsie. La femme avait environ soixante-quatre ans à sa mort, et portait

l'enfant depuis vingt-six. (*Journal des savans*, juillet 1678, et Planque, t. 1, p. 114, édit. in-4°).

II. On lit dans le t. LXV de l'ancien journal de méd., l'observation d'une double grossesse ventrale qui se prolongea de quarante-deux à soixante-quatorze ans, et fut vérifiée par l'autopsie.

III. Il en est probablement de même de celle de la femme de Pont-à-Mousson, dont parle Diemerbrœck, dans son anatomie (liv. 1, ch. 25, éd. in-4° de 1727, p. 312).

IV. Une femme de soixante-treize ans mourut d'une encéphalite chronique ; à l'autopsie, on trouva, à l'extrémité inférieure du mésentère, un fœtus ossifié (*Archiv. gén. de méd.*, t. XVII, p. 297).

V. Marguerite Glara mourut en 1728, enceinte depuis quinze ans. Elle portait un fœtus de la grosseur d'un enfant de huit mois, dans une poche membraneuse derrière l'utérus. Il n'exhalait pas de mauvaise odeur ; les chairs étaient comme de la viande salée. Les poumons surnageaient dans l'eau. Le pied gauche était dans l'ovaire droit, qui offrait une ouverture de deux pouces environ de longueur et d'un de largeur. Les bords de l'ouverture se continuaient avec l'enveloppe du fœtus. « Ceci, dit M. Gerdy, me porte à penser, contre l'opinion de quelques auteurs, qu'il y eut là primitivement une grossesse ovarienne. » (Planque, t. IV, p. 283).

VI. Marie de Bresse eut, en 1716, des signes d'une nouvelle grossesse : au terme de la gestation, efforts d'accouchement, mais l'enfant ne sort pas. Les mouvemens de l'enfant cessèrent après le dixième mois. Mort de la femme en 1747, par suite d'une fluxion de poitrine. On trouva au bas de l'abdomen et dans le bassin une masse de huit livres, partie osseuse, partie cartilagineuse, contenant un enfant mâle, plus

grand qu'à terme, avec quatre incisives prêtes à percer. Il n'avait pas d'odeur, les muscles étaient rouges comme de la chair salée, la peau comme tannée, le placenta ossifié (Planque, t. IV, p. 297).

VII. M. Mitivié a publié, dans le t. XVIII des *Arch. gén. de méd.*, p. 213, l'observation d'une aliénée qui mourut à soixante-dix-sept ans, à la Salpétrière, sans aucun phénomène morbide du côté du ventre, et chez laquelle on trouva une grossesse abdominale fort ancienne, car le fœtus était réduit à l'état de squelette.

VIII. Femme de soixante-dix-huit ans. Le fœtus occupait l'intérieur d'une masse cartilagineuse (M. Mojon, *Archiv. gén. de méd.*, 2e série, t. III, p. 112).

IX. On en trouve un autre cas dans le même journal (t. VII, p. 465). Le kyste qui renfermait le fœtus était en partie ossifié.

X. Vénus Collins. Grossesse en 1795. Mort en 1825, à l'âge de soixante-quinze ans, par suite de dysenterie. Elle avait éprouvé parfois la sensation incommode d'un poids dans le côté droit, quelquefois avec une légère douleur. A l'autopsie : tumeur osseuse au bas de la région épigastrique, adhérente derrière les intestins grêles, renfermant un fœtus qui paraissait à terme, du poids de 1699 grammes, de 31 centim. de longueur, dont la peau était ossifiée en grande partie, et dont toutes les parties étaient bien conservées (Obs. du doct. Lecheis Kell, dans *The amer. Journ.*, mai 1828, ou Journ. des Progrès, t. IV, p. 242).

2e CATÉGORIE. *Grossesses extra-utérines terminées plus ou moins promptement par la mort.*

« Ces faits, dit M. Gerdy, sont si faciles à comprendre que

nous n'en citerons que quelques exemples. » Et, en effet, il ne cite que les deux suivans :

XI. La femme Planta avait été réglée de temps en temps pendant une grossesse extra-utérine, et avait senti remuer depuis le quatrième jusqu'au neuvième mois ; à la suite de douleurs violentes, elle n'avait plus rien senti. Le ventre diminua, il resta seulement une dureté sous l'hypogastre. Au bout d'un an, nouvelle grossesse qui marche et se termine normalement. Néanmoins, quatre mois après, la femme meurt exténuée. A l'autopsie : fœtus non enveloppé de membranes, putréfié et flottant dans du pus, sur le col utérin (Planque, t. 1, p. 158).

XII. Femme ayant eu quatre enfans. Arrivée au neuvième mois de sa cinquième grossesse, elle se rend à l'Hôtel-Dieu. On ne peut trouver l'orifice du col, mais on sent à travers le vagin une poche membraneuse tendue, épaisse, remplie d'eau, et dans laquelle on distingue le pied flottant d'un enfant. La femme, ne pouvant accoucher, meurt. A l'autopsie, dès qu'on a ouvert les tégumens, une tête de fœtus se présente ; il est renfermé dans une enveloppe ; une partie du placenta tient fortement au mésentère et au colon du côté gauche.

3e CATÉGORIE. *Grossesses extra-utérines prolongées ; inflammation, suppuration éliminatoire, secours chirurgicaux et extraction d'os de fœtus ou d'enfant entier d'un seul coup.*

XIII. Au mois de mars 1702, Cassini avertit l'Académie des sciences qu'une femme Poulevrin, sans avoir eu aucun signe apparent de grossesse, avait rendu par le siège plusieurs os qui semblaient appartenir à un fœtus humain. Littre

alla la visiter, et il la trouva très maigre et très affaiblie. Elle était enceinte sans le savoir, quand, en 1701, au mois de décembre, elle éprouva divers accidens : fièvre, vomissement de sang, selles liquides et sanguinolentes, mêlées de pus, de portions d'os, de chairs pourries, de cheveux, etc. La matrice était dans son état normal ; le fondement, bordé d'hémorrhoïdes noires et ulcérées, était tellement resserré qu'on ne pouvait y introduire deux doigts sans de grands efforts et de vives souffrances. Le rectum était ulcéré en plusieurs endroits et percé d'un trou à deux pouces et demi au-dessus du fondement. Une tête de fœtus venait s'appliquer à cet orifice. Littre fit avec beaucoup de peine et de précautions ingénieuses l'extraction successive de tous les os du fœtus, et, au mois de septembre 1702, la femme était entièrement rétablie (*Acad. roy. des Sciences*, 1702, p. 234, ou Planque, t. 1, p. 144).

XIV. Une femme rendit par l'anus les os et les chairs pourries d'un enfant développé hors de l'utérus : elle guérit très bien (*Journ. de Rust.*, t. XVIII, p. 447, et *Journal des Progrès*, t. 1, 1827, p. 260).

XV. Le docteur Pétrunti fit, par l'anus, chez une femme qui guérit également, l'extraction des os d'un fœtus. Les accidens avant l'opération avaient été très graves, et la malade avait failli succomber (*Arch. gén. de méd.*, t. VII, p. 135, 1835).

XVI. Béclard et Bonnie ont pratiqué la même opération avec le même succès (*Bull. de la faculté*, t. III, p. 335).

XVII. On possède une observation bien plus curieuse du docteur Wilmans. Une femme de vingt ans devint enceinte; l'enfant cessa de se mouvoir du huitième au neuvième mois; plus tard, douleurs expulsives sans accouchement ; enfant

reconnaissable dans le ventre, hors de l'utérus ; de temps en temps accidens causés par sa présence, et refus de la gastrotomie. Quatorze ans après, expulsion d'os de fœtus par l'anus et l'urèthre, et enfin guérison. Cette femme avait eu d'ailleurs quatre grossesses heureuses entre sa grossesse extra-utérine et l'expulsion des os (*Archiv. gén. de méd.*, t. XXI, p. 241, 1829).

XVIII. On trouve plusieurs cas analogues dans le savant mémoire de M. Dezeimeris, p. 27 et 28 (*Jour. des conn. méd.-chir.*).

XIX. La femme d'un mesureur de blé rendit par l'ouverture d'un abcès de la fosse iliaque droite les os d'un fœtus, et elle guérit dans l'espace de trois mois (*Journal de Blégny*, 1659, p. 84, ou Planque, t. 1, p. 141).

XX. On trouve un cas analogue dans le mémoire de M. Dezeimeris, p. 27.

XXI. Elisabeth Aller Well, âgée de vingt-huit ans, devint enceinte pour la deuxième fois en 1820. Au septième mois le fœtus parut mourir. Au neuvième mois, douleurs de l'enfantement, mais sans résultat. En 1822, deux abcès s'ouvrent à l'ombilic ; de 1823 à 1824, elle rend ou l'on extrait tous les os d'un fœtus. Mais, chose singulière, une partie des règles sortait par l'ouverture de l'abcès. La fistule communiquait donc avec la cavité utérine (*London med. and phys. jour.*, 1827, ou *Journ. des Prog.*, t. VI, 1827, p. 271).

XXII. Le journal d'Angleterre de 1741 (n° 461, art. 17) cite le cas d'une femme qui devint grosse pour la troisième fois, et chez laquelle les symptômes de la grossesse disparurent pendant six ans. La septième année, enflure au ventre, puis formation d'une tumeur que la malade prit pour un clou, à un pouce et demi au-dessus du nombril. Un boucher qui

survint pendant qu'elle souffrait, trouvant la tumeur ouverte et le coude d'un enfant qui passait, fit une incision au-dessus et au-dessous du nombril, et en tira les os et plusieurs morceaux de chair pourrie d'un fœtus.. La femme guérit.

XXIII. Ledran, obs. 92, parle d'une nommée Trou, grosse pour la treizième fois, et ayant eu plusieurs grossesses fâcheuses, laquelle n'avait pas encore accouché après six jours de travail. Une tumeur s'était formée, à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic; elle était noire et gangrenée. Il enleva les parties gangrenées et tira le fœtus que l'on ne put avoir que par morceaux. Pendant cinq ou six jours il sortit du pus par la plaie et par le vagin; parfois les injections détersives passaient librement du vagin par la plaie, et réciproquement. La femme guérit.

XXIV. Une femme, enceinte pour la quatrième fois, arrive à la fin du neuvième mois, et éprouve sans résultat les douleurs de l'accouchement; elle reste dans un état maladif, et offre de graves symptômes de putridité. Quelques mois après elle perd du pus et quelques petits os de fœtus par le vagin; plus tard encore elle rend de petits os par l'ombilic, et on fait par là, ainsi que par une incision de l'aine, des extractions fort laborieuses de la plupart des os d'un fœtus et d'un peloton de cheveux; les injections passaient de l'ombilic dans le vagin : la femme finit par se rétablir.

XXV. Une femme ne peut accoucher à l'époque ordinaire. Huit ou neuf mois après, formation à l'ombilic d'une tumeur qui est ouverte au moyen du cautère; il en sortit une incroyable quantité de pus et un fœtus mort. Cette femme se remaria, vécut vingt-sept ans bien portante, et eut des grossesses régulière. (Rousset).

XXVI. On trouve dans une foule d'ouvrages notamment dans la *Bibliothèque de Planque*, t. 1, p. 158 et suiv. et dans un Mémoire du docteur Guillemot (V. *Archiv. génér. de méd.*, tom. XXVIII, 1832, p. 225) des faits analogues aux précédens.

4e CATÉGORIE. — *Grossesses extrà-utérines, extraction d'un fœtus mort ou vivant avec succès, au moins pour la mère ou pour l'enfant, et sans, ou presque sans travail préparatoire d'élimination.*

XXVII. Depuis cinq semaines une femme ne pouvait rester couchée; impossibilité d'aller à la selle ou de prendre des lavemens. Lucas, chirurgien à Saint-Lô, introduit son doigt dans l'orifice externe de la matrice, et sent une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Explorant ensuite par l'anus, il trouve du côté droit une autre tumeur grosse comme la tête d'un fœtus à terme. Les accidens augmentant de jour en jour, Lucas ouvre l'intestin sur la tumeur du côté droit, à trois travers de doigt au-dessus de l'anus. En définitive, il amène une fille de cinq mois environ, non corrompue. La mère guérit en un mois (Planq., t. I, p. 126).

XXVIII. Une femme qui, une première fois, avait avorté, eut une grossesse extra-utérine. La tête du fœtus faisait saillir la paroi postérieure du vagin, qui fut incisée. L'enfant fut extrait vivant. La mère succomba (*Arch. gén. de méd.* 1829, t. XXI, p. 286).

XXIX. Une dame de vingt-et-un ans avait dans l'aine une tumeur que l'on prit pour une épiplocèle. Après environ dix semaines, la tumeur étant devenue très grose, Govei, sollicité par la dame, l'ouvrit, et en tira un fœtus mâle qui, étant vivant, fut baptisé : on lia le cordon; le placenta fut aisé-

ment détaché. Govei ne dit pas si la mère survécut (*Dict. de chir.*, tom. I, p. 366).

XXX. Femme de trente-deux ans; gastrotomie par le docteur Gais, près de deux mois après la mort du fœtus. L'élimination du placenta se fit attendre, et retarda la guérison, qui fut complète au printemps suivant (*Gaz. méd.*, tom. II, p. 132, 1831).

XXXI. Madame S., âgée de trente-cinq ans, était grosse pour la deuxième fois en 1827. On distinguait le fœtus dans l'abdomen. La malade éprouvait des accidens causés par l'enfant, qui venait de mourir. Le docteur Zaïs pratiqua la gastrotomie, retira l'enfant, et la femme guérit (*Arch. gén. de méd.*, 1831, tom. XXV, p. 417).

XXXII. Le même journal renferme un autre cas heureux de gastrotomie pratiquée par M. Bulh, dans des circonstances plus favorables, puisqu'il y avait un commencement de travail d'élimination (Tom. IX, p. 423, 1835).

XXXIII. Une femme de trente-deux ans arrive au terme de sa grossesse et n'accouche pas; mort de l'enfant; plus tard, douleur aiguë vers le nombril et ulcère fongueux à cette région. Cyprianus fait la gastrotomie, et la mère guérit; elle eut par la suite deux couches heureuses (Planque, t. 1, p. 461).

XXXIV et XXXV. Outre les cas heureux de gastrotomie qui viennent d'être cités, on parle d'un cas de Heim (Hufeland, *Journ. der pract. Heilkunde*, 1818, 2e cahier), dans lequel l'enfant fut retiré vivant, tandis que la mère succomba, et d'un autre de Weinhardt (*Beschreib. einer Oper. durch Kaiserschn.*, Bautzen, 1802) dans lequel la mère fut sauvée.

« Voilà donc, dit M. Gerdy, en terminant cette revue,

environ neuf cas d'extraction de fœtus pratiquée avec succès. Les deux premières furent faites, l'une par l'anus, l'autre par le vagin; les troisième, quatrième et cinquième furent pratiquées par le ventre; les sixième et septième le furent aussi par le ventre, mais favorisées par un commencement d'inflammation éliminatoire; les huitième et neuvième le furent encore par le ventre, sans travail éliminatoire. Si à ces faits on ajoute celui de M. Matthieu, qui fait le sujet de ce rapport, nous aurons en tout dix cas d'extraction d'enfant pratiquée pour une grossesse extra-utérine, dont une par la vagino-section, une par la recto-section, deux par la gastrotomie favorisée par un commencement de suppuration éliminatoire, et six par la gastrotomie pure et simple. »

5° CATÉGORIE. — Elle comprendrait les cas de gastrotomie suivie de mort de la mère et de l'enfant. Ils sont très nombreux. M. Gerdy n'en entreprend même pas l'énumération.

Après cet exposé, M. Gerdy établit les règles suivantes :

« (a) Tant que la grossesse extra-utérine est incertaine, il n'y a rien à faire que de combattre, par des moyens appropriés, les souffrances et les symptômes que la mère peut éprouver. Il n'y a point d'opération d'extraction à entreprendre; on soumettrait la mère à des souffrances immédiates, on l'exposerait à un danger mortel et prochain, pour lui épargner un danger incertain et éloigné.

« (b) Quand la grossesse extra-utérine est certaine, que la mère ne souffre point ou peu, que sa vie n'a point été mise en danger et n'y est point actuellement par la présence du fœtus, il n'y a pas encore lieu d'extraire l'enfant. Le remède serait pire que le mal, et ne serait pas un remède.

« (c) Quand la grossesse extra-utérine est certaine, que la femme souffre et souffre même beaucoup, que la vie est en danger, en grand danger, on peut penser à extraire l'enfant par une incision au rectum ou au vagin, s'il

se présente par là ; on peut même l'extraire par le ventre, après avoir calmé les accidens inflammatoires causés par sa présence ; mais on peut aussi abandonner la femme à la nature, malgré ses sollicitations et ses prières pour être débarrassée par l'opération, comme on l'a fait heureusement dans l'observation n. 1, et dans d'autres cas encore. L'art doit donc rester impitoyable, dira-t-on? Non, assurément ; mais il est permis de douter qu'en voulant agir, il sauve plus de femmes que n'en sauve la nature abandonnée à elle-même. Les observations précédentes de la première catégorie, et beaucoup d'autres dont les annales de l'art sont remplies, ne prouvent-elles pas qu'un fœtus extra-utérin peut rester dans le sein de sa mère sans en abréger la vie, et même sans lui causer de grandes souffrances ; que s'il provoque une inflammation éliminatoire, la nature peut l'expulser avec moins de danger pour la mère, surtout lorsqu'elle est aidée par les secours de l'art, que l'art ne lui en ferait courir en cherchant à la débarrasser par sa seule puissance et sans le secours d'une suppuration préparatoire ?

« (*d*) Quand la grossesse extra-utérine est certaine, que la malheureuse qui en est affectée souffre beaucoup, souffre depuis plusieurs années ; quand ses souffrances ont déjà fait craindre pour sa vie et la menacent incessamment, qu'elle réclame avec instance l'opération, il faut opérer, mais il faut tâcher encore auparavant de calmer momentanément les accidens inflammatoires causés par la présence du fœtus.

« (*e*) Quand l'enfant fait saillie dans le vagin ou dans le rectum, il faut préférer *la vagino* ou *la recto-section* à la gastrotomie.

« (*f*) Quand la présence d'un fœtus cause une inflammation éliminatoire et une suppuration qui s'écoule au dehors, il faut opérer, procéder suivant les circonstances, et chercher à tirer le fœtus tout entier, à-la-fois ou par parties, selon que l'un ou l'autre procédé est plus facile ou moins dangereux.

« (*g*) Quand une femme affectée de grossesse extra-utérine est prise de douleurs et d'efforts involontaires pour accoucher, qu'elle est menacée d'une rupture de l'enveloppe du fœtus, d'un épanchement de sérosité et de sang dans le péritoine, et, par suite, d'une péritonite presque toujours mortelle, doit-on rester spectateur impassible d'un danger si prochain ? Je le pense. Que faire, en effet, pour échapper à ces dangers, la gastrotomie ? Mais n'est-elle pas plus dangereuse encore que la rupture de la poche fœtale ? N'a-t-on pas beaucoup d'exemples de ruptures semblables qui n'ont point été suivies de mort, mais, au contraire, de la formation d'un nouveau kyste qui, plus tard, a pu être ouvert avec moins de danger que le péritoine ? Et si la femme doit

succomber, ne vaut-il pas mieux qu'elle périsse par le fait de la nature que par la faute de l'art? Toute subtile que puisse paraître cette distinction, qui, en définitive, aboutit des deux côtés au tombeau, j'aime mieux, quand je ne puis sauver un malheureux, le laisser mourir que de le tuer.

« (h) Je ne me suis jamais occupé d'examiner s'il fallait choisir, pour opérer, le temps où le fœtus est vivant et a le plus de chances de vie, parce que je me préoccupe de la vie de la mère par-dessus tout; que celle de son enfant n'entre point en balance avec la sienne dans mon esprit, et que c'est surtout d'après l'intérêt de celle-ci que je me détermine. »

Ces propositions, émanées d'un chirurgien qui mérite de faire autorité, prendront place dans la science, et nous devions les rapporter textuellement; mais notre devoir aussi nous oblige à dire qu'elles n'offrent peut-être pas toute la précision désirable. La proposition *d*, par exemple, n'est guère que la répétition de la proposition *c*; il n'y a que la solution qui diffère. Dans celle-ci, *on peut* opérer ou ne pas opérer; dans l'autre, *il faut opérer*. Ensuite, quelques lignes après ces propositions, il y a une phrase qui les détruit toutes quant à l'indication d'opérer, et voici cette phrase : « La gastrotomie devrait être tout-à-fait rejetée si la malade, ayant encore sa raison, *ne la réclamait elle-même*. »

Au surplus, nous convenons volontiers que cette question des grossesses extra-utérines est une de celles dans lesquelles il est difficile d'établir des préceptes, et nous comprenons que de l'indécision naisse la contradiction, si même, à un point de vue philosophique, l'une n'est pas l'autre. (1)

(1) M. Capuron, lors de la discussion du rapport de M. Gerdy, rappela un fait de Mery, relatif à une femme affectée de grossesse extra-utérine, qui resta pendant quarante-six ans dans cet état, devint néanmoins enceinte et accoucha plusieurs fois. M. Amussat cita aussi l'observation d'une femme de Palaiseau, qui portait depuis sept ans une grossesse extra-

Plaie à l'avant-bras avec fracture des deux os et luxation de l'articulation du coude, par M. Mazin. — Rapport de M. Larrey.

Nous avons rendu compte de ce fait, ainsi que du suivant.

Désarticulation de la cuisse droite à la hanche, par M. le professeur Textor. — Rapport de M. Larrey.

Anus artificiel. — Opérations nouvelles pratiquées par M. Amussat.

Il s'agit de la méthode de Callisen, que nous avons rapidement appréciée (Voy. t. III, p. 255), et qui le sera prochainement, avec tous les développemens nécessaires, dans la thèse de M. Vidal, que nous offrirons à nos lecteurs.

Cicatrice musculaire après l'opération du strabisme, par M. Bouvier.

Strabisme divergent; section du droit interne; redressement. Deux mois et demi après l'opération, mort du sujet (phthisie pulmonaire). Le bout postérieur du muscle divisé est attaché au moyen d'un tissu cellulo-fibreux mince, à la sclérotique, un centimètre en arrière de l'attache normale. Une petite portion du *fascia* oculaire a été respectée et se montre sous forme d'un petit filet tendineux, circonstance à laquelle M. Bouvier attribue la persistance du mouvement de l'œil en dehors, et qui aurait bien pu s'opposer au redressement.

Spéculum oculi ou blephareirgon, de M. Kelley.

Nous avons décrit cet instrument, t. IV, p. 99.

utérine, et qui rendit par l'anus plusieurs pièces osseuses. Le chirurgien, après avoir dilaté la perforation, fit facilement l'extraction d'un grand nombre de petits os. Le reste du fœtus fut retiré par le médecin ordinaire de la malade. Cette femme est aujourd'hui bien guérie, et l'on ne peut plus reconnaître l'endroit où a existé la perforation de la paroi rectale.

Polype de l'utérus; corps étranger dans le pharynx; observations de M. Bérard.

On trouvera ces deux observations, t. iv, p. 93.

Renversement complet de l'utérus, guéri au moyen de l'excision; par le professeur Portal, de Palerme. — Rapport de M. Capuron.

M. Capuron accorde des éloges au travail du professeur italien, dont il demande le renvoi au comité de publication. Attendons que ce travail soit publié.

Observation d'un accouchement entrepris par deux femmes étrangères à l'art, par M. Lasserre. — Rapport du même.

Il s'agit d'une malheureuse femme que deux matrones ignorantes avaient fort maltraitée, et qu'elles finirent par étouffer en lui faisant manger une assiette de haricots et du pain noir mal cuit. Ce fait était plutôt du ressort du procureur du roi que de celui de l'Académie.

Mémoire sur le diagnostic et le traitement des luxations congéniales du fémur; par M. Pravaz.

L'auteur avait observé que, dans tous les cas de luxations congéniales du fémur qu'il avait traitées avec succès, les sujets qui, avant la réduction, pouvaient fléchir complétement la cuisse sur le bassin, la jambe restant étendue sur la cuisse, ne le pouvaient plus après leur guérison. Cette particularité n'avait pas d'abord fixé son attention d'une manière spéciale. Un des malades de M. Pravaz exécutait le mouvement dont il est question, son membre étant embrassé dans toute sa longueur par une gouttière rectiligne, et se faisait un jeu de cette manœuvre, qu'il comparait au port d'armes. L'impossibilité de ce mouvement chez les sujets bien conformés s'expliquerait, d'après M. Pravaz, par la ré-

sistance qu'opposeraient les muscles postérieurs et latéraux qui du bassin vont à la jambe, lesquels feraient arc-bouter en arrière la tête du fémur contre le fond de la cavité cotyloïde. Chez les individus affectés de luxations congéniales, une pareille difficulté n'existerait plus. La tête fémorale ne s'appuyant que sur des parties molles, pourrait fuir sous la pression.

Le signe indiqué par M. Pravaz mérite d'être pris en considération ; mais une critique prudente ne lui attribuera pas l'infaillibilité que le chirurgien de Lyon lui reconnaît.

Ce signe aurait une grande importance pratique, puisque, d'après M. Pravaz, il indiquerait la réductibilité, et que, s'il était impossible de l'obtenir dans un cas où cependant l'existence d'une luxation congéniale ne serait pas douteuse, il y aurait à penser qu'un cotyle supplémentaire se serait formé, circonstance qui contre-indiquerait toute tentative de réduction.

La note dont nous donnons ici une analyse, renferme en outre l'indication sommaire d'un cas de réduction obtenu au moyen de l'extension continue, par M. Pravaz, sur une jeune personne de 13 ans, affectée de luxation congéniale des deux fémurs.

Note sur une nouvelle espèce d'instrument à deux tranchans, propre aux opérations chirurgicales, par M. Journaux. — Rapport de M. Thillaye.

Il s'agit de ciseaux dont l'une des branches seule est parfaite, l'autre étant dentelée, et cela pour que les parties saisies ne puissent échapper, ce qui, d'après M. Journaux, arrive quelquefois. Invention malheureuse.

Hernie inguinale ancienne, guérie par la méthode sous-cutanée; par M. Guérin.

Ce fait a été inséré t. III, p. 371.

Observation de grossesse extra-utérine, par M. le docteur Blache.

Voyez t. iv, p. 89.

Section des tendons fléchisseurs des doigts, par M. Bouvier.

Voyez t. iv, p. 91.

Mémoire sur l'amputation sus-malléolaire. — Rapport de M. Velpeau.

Nous avons inséré ce rapport dans son entier, t. iii, p. 129.

Phénomènes hystériques observés chez une personne affectée d'une tumeur fibreuse de l'utérus, avec complication de ténia et de cancer de l'intestin cœcum, par M. Seure. — Rapport de M. Villeneuve.

La malheureuse femme qui fait le sujet de cette observation a succombé aux accidens les plus complexes. Ceux de l'hystérie étaient surtout manifestes. Les lésions anatomiques ont offert ceci de remarquable que le cœcum était squirrheux et que tout autour le péritoine était parsemé de petits tubercules. L'intestin, dans le point correspondant à la valvule iléo-cœcale, était extrêmement rétréci, au point qu'une plume à écrire avait peine à le traverser. Divers rétrécissemens existaient dans le reste du tube digestif, qui présentait, en outre, des ulcérations. L'utérus, extrêmement développé, était le siége d'une dégénérescence fibreuse. La malade ayant rendu quelques fragmens de ténia, on lui fit prendre une grande quantité d'anthelmintiques et de purgatifs, moyens auxquels M. Seure attribue les lésions intestinales. Quant aux phénomènes de l'hystérie, il les rattache à la maladie organique de l'utérus, sur quoi M. Villeneuve, se fondant sur un grand nombre d'autorités et sur son expérience propre, diffère complétement d'opinion. D'une part, il a donné ses soins à un certain nombre d'hystériques qui n'avaient pas d'affection organique de l'utérus, et, de l'autre,

sur un nombre beaucoup plus considérable de femmes affectées de maladies organiques de l'utérus, il n'a jamais observé de symptômes hystériques. Quel bonheur pour nous si, après cette savante discussion, le consciencieux rapporteur avait pu nous mettre le doigt sur la cause de l'hystérie!

Modification du brise-pierre à pignon et à crémaillère, par M. Luer, fabricant d'instrumens de chirurgie. — Rapport de M. Ségalas.

L'encouragement donné par l'Académie à l'auteur de cet instrument, nous porte à isérer en entier le rapport de M. Ségalas, dont, assurément, la compétence en pareille matière ne saurait être douteuse.

« La lithotritie, ou la division mécanique de la pierre en parties assez petites pour que celles-ci soient expulsées ou extraites de la vessie et de l'urèthre par la voie naturelle, se fait aujourd'hui avec des instrumens nombreux et très divers, mais qui se rangent assez bien dans les quatre ordres que voici :

« 1° Les instrumens qui agissent principalement en *perforant* la pierre, et qu'à cause de cela quelques personnes ont appelés perçe-pierre. Tel est l'instrument avec lequel ont été pratiquées les premières lithotrities de M. Civiale.

« 2° Les instrumens qui agissent principalement en *pressant* la pierre. Tel est le brise-pierre de M. Jacobson.

« 3° Les instrumens qui agissent par *percussion*. Tel est le percuteur de M. Heurteloup.

« 4° Les instrumens qui agissent par *pression* et par *percussion*. Tels sont la plupart des instrumens dont on se sert présentement en France.

« Parmi ces derniers instrumens, parmi ceux qui agissent par pression et par percussion, les uns opèrent la pression à l'aide d'un *écrou* entier ou brisé, à ailes ou en rondelle; d'autres à l'aide d'une *gouttière* dépendante ou indépendante; ceux-ci à l'aide de *traverses*, de *poignées*; celui-là à l'aide d'un *pignon* et d'une *crémaillère*.

« C'est ce brise-pierre à pignon et à crémaillère dont l'invention, en 1837, est due à notre habile fabricant, M. Charrière, que vient de modifier

M. Luer, autre fabricant d'instrumens de chirurgie, et c'est sur lui seul que nous devons appeler pour le moment l'attention de l'Académie.

« Pour bien saisir le but et la nature de la modification de M. Luer, il faut se rappeler que dans le brise-pierre de M. Charrière, l'olive qui reçoit le pignon fait corps avec la portion carrée de la branche femelle, et s'y trouve placée transversalement.

« Il émane de là, selon M. Luer, entre autres inconvéniens, les suivans : c'est que l'on est obligé, lorsque l'instrument est dans la vessie, de faire écarter les cuisses du malade pour introduire le pignon dans l'olive, et que, si le malade a beaucoup d'embonpoint, si l'instrument est à une certaine profondeur dans le réservoir urinaire, si le volume des cuisses est considérable, il est parfois tout-à-fait impossible d'engager le pignon transversalement dans l'olive, et que, pour l'y placer, il faut faire exécuter au brise-pierre un quart de rotation, afin que l'olive change de direction, que son grand axe, d'horizontal qu'il était, devienne vertical, ou bien essayer de soulever l'extrémité de l'instrument du côté du ventre, afin de l'élever au-dessus de l'intervalle des cuisses ; or, la première de ces manœuvres n'est pas toujours possible, et, d'ailleurs, elle expose à lâcher la pierre prise ; et la seconde est très douloureuse, et, de plus, elle est impraticable lorsque la prostate est tuméfiée et le ventre proéminent.

« Ces inconvéniens sont si réels, ajoute M. Luer, qu'un chirurgien lithotriteur, M. Leroy, a fait construire des instrumens dans lesquels l'olive se trouve placée verticalement sur la partie latérale droite de la portion carrée de la branche femelle.

« Mais ce changement dans la disposition de l'olive ne permet d'introduire le pignon qu'autant que l'instrument lui-même est placé de manière à ce que l'olive se présente verticalement, ce qui ne peut avoir lieu qu'à la condition que les branches recourbées de l'instrument regarderont directement en haut ou directement en bas, c'est-à-dire, qu'il faut toujours donner au brise-pierre une certaine position pour introduire le pignon dans son olive.

« C'est afin de parer à ces inconvéniens qu'a été imaginée la modification qui est soumise au jugement de l'Académie, modification telle que, quelle que soit la position de l'instrument, on n'éprouve aucune gêne, aucune difficulté pour placer le pignon dans l'olive.

« Voyons comment M. Luer est arrivé à ce résultat. Sur la partie carrée de la branche femelle du brise-pierre à pignon existe une rondelle placée de champ, et perpendiculairement à l'axe de l'instrument ; M. Luer a rendu

mobile la partie externe de cette rondelle, celle sur laquelle se trouve l'olive; cette portion, devenue mobile, tourne sur elle-même, de manière que l'olive qu'elle porte décrit une circonférence autour de la branche mâle.

« Il suit de là que, lorsque le brise-pierre est dans la vessie, et que la pierre est saisie, on n'a nullement besoin de la déplacer pour introduire le pignon ; on fait tourner l'olive de façon qu'elle se trouve dans la position la plus facile pour introduire l'agent compresseur, et, lorsque celui-ci est introduit, on peut l'élever, l'abaisser et le placer dans une position horizontale ou verticale, selon la commodité de l'opérateur, sans communiquer le moindre mouvement aux branches.

« Comme, d'ailleurs, la crémaillère de la branche mâle, au lieu de n'exister que sur l'un de ses côtés, règne, au contraire, sur tout le pourtour de cette branche, celle-ci peut s'engrener sur tous les points de sa circonférence avec le pignon que l'on introduit dans l'olive.

« Ainsi, la modification apportée par M. Luer au brise-pierre à pignon et à crémaillère consiste dans l'établissement de cette crémaillère tout autour de la branche mâle, et dans la faculté donnée à l'olive qui reçoit le pignon de tourner autour de la branche femelle.

« Cette modification, qui, au premier aperçu, semble devoir être très favorable à la manœuvre opératoire, le sera-t-elle réellement ? Il est permis d'en douter.

« D'abord, nous ferons remarquer que les reproches faits au brise-pierre à pignon et à olive fixe sont évidemment exagérés.

« C'est dans la plupart des cas, au moins, un faible inconvénient pour le brise-pierre à olive transversale, que l'obligation de faire écarter les cuisses du malade.

« C'en est un bien faible aussi pour le brise-pierre à olive verticale que la nécessité de tourner son bec directement en haut ou en bas; car il est dans les règles de la prudence de le placer toujours dans le premier sens pour exercer la compression.

« Je ne parle pas du danger de laisser échapper la pierre pendant les mouvemens imprimés à l'instrument pour engager le pignon dans l'olive; il doit être constant pour tous les praticiens que l'action de la main seule suffit pour conserver la pierre en place.

« Il est d'ailleurs sans exemple, nous le croyons du moins, que les inconvéniens en question aient mis obstacle à une lithotritie tentée avec le brise-pierre à pignon, soit que l'olive fût horizontale, soit qu'elle fût verticale.

« L'un de vos commissaires, resté fidèle au brise-pierre à pression et à percussion qu'il a eu l'honneur de vous soumettre en 1833, ne peut arguer de sa propre expérience sur ce sujet; mais son collègue a fait bien des fois usage du brise-pierre de M. Charrière, et, si parfois il a éprouvé quelque gêne pour la manœuvre de la clef, jamais il ne s'est présenté à lui des difficultés qu'il n'ait pu tout aussitôt surmonter; jamais sa marche n'en a été embarrassée.

« Néanmoins, il est vrai de dire qu'il y a des calculeux chez lesquels les mouvemens latéraux d'un brise-pierre à long bec sont difficiles et douloureux, et qu'il y en a d'autres chez lesquels il est à-peu-près impossible d'élever le corps de l'instrument au-dessus du niveau des cuisses.

« Quant à la modification considérée en elle-même, elle ne laisse pas d'offrir quelques conditions inverses des avantages qu'on s'en est promis.

« En premier lieu, la mobilité de l'olive rend l'instrument plus compliqué, en nécessitant la division d'une pièce en trois.

« En second lieu, la crémaillère circulaire présente moins de résistance que celle qui est établie sur une surface plane, puisque, dans le premier cas, le pignon ne porte jamais que sur une partie très limitée du cylindre constitué par la tige mâle.

« En troisième lieu, les mouvemens de *va et vient* de cette branche mâle sur la femelle, mouvemens nécessaires pour ouvrir et fermer l'instrument, produisent, à cause des crans circulaires, des chocs à-peu-près impossibles à éviter, et par suite exposent à des erreurs de diagnostic.

« En quatrième lieu, de cette même disposition circulaire des crans, il résulte un autre inconvénient : c'est l'impossibilité où l'on est souvent, lorsque la pression a été un peu énergique, d'ouvrir l'instrument avec la main seule, et la nécessité qui en dérive de recourir au pignon pour cette manœuvre.

« En cinquième lieu, quand l'olive est placée à gauche ou en bas, la clef produit un effet opposé à celui qu'on en obtient dans les positions inverses de cette olive. Ainsi, l'olive étant en bas, si on tourne la clef à droite, comme cela se pratique dans la position habituelle pour fermer l'instrument, elle écarte les branches au lieu de les rapprocher, et par là elle exige de la part de l'opérateur une attention toute spéciale pour ne pas lâcher la pierre alors qu'il cherche à la presser.

« Nous devons ajouter que M. Charrière, qui a eu aussi l'idée de rendre l'olive mobile, et qui affirme même en avoir parlé, il y a plus de six mois, à un chirurgien pour lequel il venait d'établir un brise-pierre à olive fixe et

verticale, nous a présenté un brise-pierre à olive mobile, dont la crémaillère, à surface plane, n'existe que d'un seul côté, et dans lequel, en conséquence, on trouve plus de force pour la pression et beaucoup plus de liberté pour le jeu des branches.

« Nul doute, d'un autre côté, que si le brise-pierre à olive mobile était adopté par les praticiens, il n'y eût avantage, comme le pense M. Charrière, à limiter la course de cette olive à un simple demi-tour, puisque cette disposition permettrait de placer la clef dans toutes les positions de l'instrument, et ne laisserait aucune incertitude dans les mouvemens à lui imprimer, soit pour le fermer, soit pour l'ouvrir.

« Par cette nouvelle disposition, le brise-pierre de M. Luer gagnerait un autre avantage : les crans n'étant nécessaires que sur deux des côtés de la tige mâle, celle-ci pourrait être polie sur les deux autres côtés, et par suite ses mouvemens deviendraient plus libres, et auraient lieu très probablement sans bruit, sans secousse.

« En définitive, vos commissaires estiment que la modification qui vous est soumise est ingénieuse, qu'elle témoigne de l'habileté de son auteur, et peut subir des changemens qui la rendront plus utile. Ils vous proposent d'adresser des remercîmens à M. Luer, et de l'engager à continuer ses efforts pour le perfectionnement des instrumens de chirurgie, et du brise-pierre en particulier. » (*Adopté.*)

Double ectropion ; nouveau procédé de blépharoplastie ; atrophie d'une parotide dont le conduit est oblitéré, M. Bérard.

Femme affectée de cancer de la joue droite, comprenant le canal de Sténon. Extirpation ; cicatrisation ; mais, au bout de quelque temps, la rétraction de la cicatrice entraîna les paupières en dehors et produisit leur renversement. M. Bérard mit alors en usage le procédé suivant. Une incision verticale, longue de trois à quatre centimètres, fut pratiquée à un centimètre de distance de l'angle externe des paupières ; la lèvre interne de la plaie fut détachée de l'os de la pommette sur lequel elle adhérait, et l'angle externe des paupières, devenu libre, fut peu-à-peu reporté en dedans, de manière à faire cesser toute traction des paupières en dehors.

Pour prévenir la reproduction de l'ectropion, M. Bérard prit un lambeau de peau sur la région temporale, et l'enchâssa dans la plaie verticale pratiquée en dehors des paupières. L'opération réussit, et l'ectropion disparut *à-peu-près* complétement. Plusieurs mois après, mort de la femme, par suite d'une lésion organique. Le lambeau ne s'est pas ratatiné; atrophie de la parotide réduite au tiers de son volume et convertie en un tissu jaunâtre.

Contusions et fractures, par M. H. LARREY.

Le sujet de l'observation est un couvreur qui est tombé d'un toit, et a éprouvé une commotion, des contusions diverses, une plaie de la tête, une fracture de deux côtes, une autre du radius gauche, une fracture double de l'humérus droit, et enfin une fracture complète du fémur droit à la base du grand trochanter. Médication révulsive et antiphlogistique; bandages inamovibles sur les parties fracturées. Guérison complète. Il reste de toutes ces lésions un léger raccourcissement de la cuisse avec un peu de déviation du membre en dehors.

Lettre de M. le baron LARREY sur l'amputation sus-malléolaire.

M. Larrey se prononce contre cette amputation.

Même sujet.

M. Blandin présente à l'Académie une jeune personne à laquelle il a pratiqué cette opération depuis plusieurs années, et qui se sert de la jambe artificielle de M. Martin sans en éprouver aucune souffrance. Ce moyen prothétique a permis à cette jeune fille de faire jusqu'à trois lieues à pied.

Section du tendon d'Achille, pour un cas de rétraction d'un lambeau d'amputation partielle du pied; par M. H. Larrey.

Voir notre numéro de décembre 1841, t. III, p. 411.

Note sur une tumeur fibreuse de l'ovaire; diathèbe squirrheuse; par C. Baron, chef de clinique, à l'hôpital de la Charité.

« La nommée Trotier, âgée de soixante-onze ans, entra le 22 novembre 1841 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Fouquier. Douze ans auparavant, elle avait fait une chute sur le côté gauche du corps; un an après, son ventre commença à enfler, et devint de plus en plus volumineux pendant les années qui suivirent. Des douleurs abdominales, des vomissemens glaireux par intervalles, de la dyspnée, un peu de toux, de la diarrhée dans les derniers temps, furent les symptômes principaux. Six semaines avant d'entrer à l'hôpital, la malade fut forcée de se mettre au lit: les jambes commençaient à enfler, et le volume énorme de son ventre rendait les mouvemens impossibles.

« A son entrée à l'hôpital, on constata chez elle une pâleur terreuse de la surface du corps, une maigreur prononcée des parties sus-diaphragmatiques, une faiblesse extrême; le ventre était volumineux, uniformément tendu, complétement mat partout; on y percevait, presque en tous les points, surtout à la partie supérieure, une fluctuation superficielle, déterminée par une couche mince de liquide, interposée à la paroi abdominale et une tumeur dure, largement bosselée, paraissant remplir toute la cavité de l'abdomen. La malade était couchée sur le dos, incapable de faire aucun mouvement; sa voix était faible, entrecoupée; parfois elle toussait faiblement. En avant, le thorax était sonore et le bruit respiratoire mêlé à un peu de râle sibilant. Il fut impossible d'examiner les régions postérieures du thorax, à cause de la difficulté d'imprimer des mouvemens au tronc. Les extrémités étaient violacées; les inférieures œdématiées et largement excoriées; la main et l'avant-bras gauche sont aussi œdématiés. La faiblesse alla croissant; la malade succomba, ayant conservé jusqu'à la fin l'intégrité de son intelligence. Depuis l'entrée à l'hôpital, il n'y avait eu ni évacuation alvine ni excrétion urinaire.

« L'autopsie fit découvrir les lésions suivantes:

« Le cerveau et le cervelet étaient généralement peu fermes;

« Le cœur était assez volumineux; toutes ses cavités étaient remplies de sang coagulé;

« La partie postérieure du lobe inférieur du poumon droit était légèrement engouée; la moitié inférieure de la plèvre gauche était tapissée par une fausse membrane d'un millimètre d'épaisseur, de récente formation, recouvrant les feuillets viscéral, costal et diaphragmatique. La plèvre diaphragmatique de ce côté était de plus soulevée par plusieurs petits mamelons blancs et durs. Le poumon gauche offrait partout une assez bonne cohésion; mais il était parsemé de tumeurs du volume d'une grosse tête d'épingle ou d'un gros pois, dures, blanches, comme cartilagineuses. Plusieurs des plus grosses offraient à leur centre une sorte de ramollissement constitué par une matière d'un blanc jaunâtre, semblable à la matière sébacée.

« Toutes les régions de la cavité abdominale présentaient des tumeurs semblables à celles du poumon et de la plèvre, un peu plus grosses seulement, situées dans le tissu extérieur au péritoine, immédiatement sous-jacentes au péritoine qu'elles soulevaient.

« Le foie, un peu comprimé de haut en bas, était adhérent au diaphragme dans toute l'étendue de sa face supérieure; il était parsemé de tumeurs, la plupart superficielles, du volume d'une noisette ou d'une noix, formées par un tissu généralement un peu moins dense et un peu plus jaunâtre que les autres tumeurs déjà mentionnées.

« La rate était adhérente au diaphragme, aux fausses côtes et à l'estomac; elle était presque entièrement envahie par une dégénérescence squirrheuse dont le centre était ramolli.

« La surface interne de l'estomac était généralement mamelonnée; la portion splénique, occupée par un squirrhe semblable à celui de la rate avec lequel il se continuait, et sa muqueuse ulcérée au niveau du squirrhe.

« La vessie était aplatie d'arrière en avant et contenait trois ou quatre cuillerées d'urine.

« L'utérus était aussi aplati d'arrière en avant; ses parois aient denses sa cavité très apparente.

« L'ovaire gauche était formé par un tissu blanc, dense, criant sous le scalpel, du volume d'un haricot.

« Tous les organes abdominaux étaient refoulés en différens sens par la tumeur dont il nous reste à parler.

« Cette tumeur dont on ne saurait mieux comparer la forme qu'à un abdomen surmontant deux courts moignons coniques, résultant de cuisses am-

putées, occupait la presque totalité de la cavité abdominale et était libre dans tout son pourtour, excepté à l'endroit correspondant à l'intervalle des deux gros prolongemens inférieurs où venait s'insérer l'extrémité du ligament de l'ovaire droit. A cet endroit aussi, entre les deux feuillets du péritoine enveloppant le ligament de l'ovaire, se trouvait le pavillon de la trompe droite hypertrophié et comme charnu. Ces deux feuillets péritonéaux en arrivant à la tumeur se séparaient pour l'envelopper et rendaient ainsi sa surface lisse et polie.

« On voyait se dessiner sur sa surface de petits linéamens vasculaires; plusieurs bosselures produites par une petite accumulation de liquide transparent jaunâtre se montraient à la surface. Excepté les petites cavités peu nombreuses, et propres à loger au plus une amande, qui contenaient ce liquide la tumeur était dans toute son étendue formée par un tissu dense, compacte, blanc, constitué par des fibres très apparentes. Ce tissu était traversé par quelques vaisseaux.

« Le poids de la tumeur était de quinze kilogrammes, sa hauteur de trente centimètres, sa largeur de trente-six centimètres. »

1° Corps étranger resté pendant long-temps dans le larynx; 2° trachéotomie dans un cas de croup, par M. MASLIEURAT-LAGEMARD. Rapport de M. A. BÉRARD.

La première observation est celle d'une femme de 58 ans, affectée de quintes de toux, accompagnées de légère suffocation, symptômes dont on ne découvrit pas la cause, et qui rendit, au bout de neuf mois, par l'expectoration, un petit calcul du volume et de la forme d'une noisette, dans le centre duquel on trouva un noyau de cerise. Les accidens avaient commencé à l'époque de la maturité des cerises; mais, circonstance singulière qui répand un peu de doute sur l'observation, la malade ne se rappelait pas avoir jamais eu de suffocation en mangeant. Les accidens cessèrent complétement à la suite de l'expulsion du corps étranger. Des faits de ce genre ont été recueillis par divers auteurs, depuis le travail de Louis sur la bronchotomie.

La seconde observation est relative à un enfant atteint du croup, chez lequel M. Maslieurat pratiqua la trachéotomie. Ce chirurgien, manquant de canule, eut l'idée de tenir les lèvres de la plaie trachéale écartées à l'aide de deux épingles recourbées en crochet, et maintenues au moyen d'un fil attaché à leur tête. L'enfant guérit. M. Maslieurat a imaginé un instrument fondé sur le mécanisme simple qui vient d'être indiqué. M. Bérard se prononce en faveur de la canule. Toujours est-il que M. Maslieurat eut une heureuse inspiration, et que, dans un cas semblable, un chirurgien aurait à se réjouir d'avoir son exemple sous les yeux. M. Maslieurat, suivant le conseil de M. Velpeau, lia les vaisseaux avant d'ouvrir la trachée. M. Bérard regarde cette pratique comme inutile, opinion que nous ne saurions partager. Dans un second cas, l'opération avait été faite chez un enfant qui ne donnait plus signe de vie. On le fit respirer artificiellement pendant près d'une demi-heure, et la vie revint. Malheureusement, l'appareil se déplaça pendant la nuit, et l'enfant mourut suffoqué immédiatement. Il y a là une grande leçon.

Extirpation d'une tumeur fibreuse de l'utérus; par M. Amussat.

Une femme de 54 ans portait une tumeur fibreuse dans la paroi antérieure de l'utérus, tumeur qui donnait lieu à des métrorrhagies fréquentes. L'opération ayant été arrêtée en consultation, M. Amussat incisa la lèvre antérieure du col de l'utérus, puis, à l'aide de pinces de Museux, il parvint à faire sortir la tumeur. Des débridemens multiples du col et un mouvement de rotation qu'on fit subir à la tumeur favorisèrent beaucoup l'opération. La tumeur a le volume d'un œuf d'autruche, et pèse 440 grammes (14 onces environ). Ré-

tablissement complet. Déjà, une fois, sur une femme de 45 ans, M. Amussat a pratiqué une opération semblable.

Observation d'un cas de rétroversion d'utérus pendant le quatrième mois de la gestation; par Ch. Gérard, D. M. P., correspondant de l'Académie royale de Médecine, à Gray, Haute-Saône (1).

« Une femme de trente-six ans, de moyenne taille, de bonne constitution et assez active, est mère de sept enfans qui ont présenté la tête en naissant, et dont elle est accouchée naturellement et avec facilité. Parvenue, suivant son calcul au quatrième mois de sa huitième grossesse, sans accident et sans maladie, elle éprouve, principalement à l'hypogastre et dans le bassin, des douleurs plus ou moins fixes, qui s'étendent vers les lombes, le sacrum et le trajet du nerf sciatique droit. De là, difficulté d'aller à la selle, d'uriner et de rester long-temps debout. En outre, anxiété, fréquence du pouls, inappétence, insomnie et altération de la sensibilité générale. Pour traitement, une saignée du bras, bains entiers, lavemens émolliens, régime convenable.

« Vingt jours après, la maladie, dont on ignore précisément la cause, mais qu'on attribue à la grossesse, persiste, s'aggrave, devient insupportable et fort inquiétante. Le médecin ordinaire demande un consultant, qui, d'après l'examen de la malade et le récit des antécédens, soupçonne un déplacement de l'utérus, et découvre par le toucher une rétroversion complète de cet organe. Comme il ne s'occupe habituellement ni de chirurgie, ni d'accouchemens, il propose de joindre à la consultation le docteur Gérard, et de lui confier la pratique des manœuvres que ce cas exige.

« Celui-ci, après avoir entendu le rapport de ses confrères, de la malade et des assistans, trouve l'abdomen énormément développé, comme à huit mois de grossesse, mat à la percussion dans tous ses points; les parties génitales, l'hypogastre et les cuisses sont infiltrés. Il s'écoule peu d'urine, et seulement par régurgitation dans certaines positions de la malade; mais, depuis trois jours, il n'en sort point, et il en est de même des matières fécales. Beaucoup d'anxiété, d'agitation, point de vomissemens, seulement quelques nausées. Des boissons pour toute nourriture.

« En écartant les grandes lèvres, on aperçoit à la partie postérieure et

(1) C'est cette observation que nous promettions d'insérer (p. 216, t. IV). Ce sujet ne pouvant manquer de se représenter, et nous trouvant pour le moment un peu pressé de matières, nous nous abstiendrons de réflexions.

inférieure du vagin, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, formée par le refoulement de haut en bas de la muqueuse vaginale et de l'intestin rectum. On reconnaît au toucher que l'excavation du bassin est occupée par un corps mou, élastique, compressible, où l'on sent les mouvemens bien distincts du fœtus. L'orifice de l'utérus est d'abord inaccessible; mais, en portant le doigt aussi haut qu'on peut, on distingue à la partie supérieure, interne et médiane du pubis, le museau de tanche déformé, dont on ne touche que la lèvre actuellement inférieure.

« A tous ces signes, le docteur Gérard diagnostique aussi une rétroversion de l'utérus, qui, enclavé dans l'excavation pelvienne, semble menacer de s'échapper par l'anus, par le périnée ou par la vulve. Cet organe présente en bas et en avant la partie moyenne de son corps, qui, pendant la grossesse normale, répond à la partie supérieure et antérieure du sacrum.

« Ici l'indication principale est évidente; il s'agit de redresser l'utérus, dont la place naturelle a été envahie par la vessie remplie d'urine et par l'intestin gorgé de matières. On a essayé en vain le cathétérisme. Le docteur Gérard entreprend encore de le pratiquer; mais ce n'est pas sans peine qu'il parvient à découvrir le méat urinaire et à y faire pénétrer la sonde. Cet orifice était caché derrière le bord inférieur du pubis, où il était comprimé par l'utérus, et où il avait été entraîné par la vessie, à mesure qu'elle se dilatait. Malgré cette difficulté, on obtient quatre litres d'urine d'une odeur ammoniacale. L'accoucheur essaie ensuite de réduire l'utérus, en le repoussant successivement par le vagin et par le rectum, la femme dans le lit, placée sur le dos, sur un de ses côtés, et surtout sur les coudes et les genoux; mais ses efforts sont inutiles, parce que, ne pouvant introduire à-la-fois que les quatre doigts de sa main, il déprime seulement le globe utérin, sans lui imprimer un mouvement de totalité, pour le refouler de l'excavation vers le détroit supérieur. Comme les douleurs ont été calmées par l'évacuation de l'urine, et que rien n'exige encore qu'on s'obstine à replacer l'utérus, on cesse toute tentative et on se retire.

« Cependant, vers cinq heures du soir, le docteur Gérard retire encore par le cathétérisme deux autres litres d'urine fortement ammoniacale. Alors souffrances moindres que les jours précédens; espoir d'une nuit calme, nulle manœuvre pour la réduction de l'utérus.

« Le lendemain, le docteur Gérard apprend que, contre sa prévision, la malade a cruellement souffert toute la nuit. L'abdomen est plus volumineux qu'à l'ordinaire; le pouls fort et accéléré; point de vomissemens ni de nau-

sées; suppression complète de l'urine, des selles, même des gaz. L'utérus semble un peu remonté, mais il est toujours solidement enclavé dans le bassin; tuméfaction apparente de la paroi de cet organe qui est accessible au toucher; mouvemens du fœtus toujours sensibles; vives douleurs dans le trajet des nerfs sciatiques.

« Le docteur Gérard s'empresse alors de vider la vessie, et malgré la même difficulté que les autres fois, il obtient encore six litres d'urine bien mesurés, non compris ce qui s'est répandu sur le lit par le mouvement des vases. Chose digne de remarque, il observe, durant le cathétérisme, que l'urine, à plusieurs reprises, cesse de couler, quoique la vessie ne soit vide qu'au tiers, à moitié ou aux trois quarts; interruption qu'il attribue, soit à la grande quantité de liquide contenue dans les uretères, soit à quelque portion de la vessie distendue outre mesure et comprimée par l'utérus, ou par l'intestin. De là le conseil d'exercer en pareil cas, pendant le cathétérisme, quelques légères pressions sur la région de la vessie et sur les diverses parties de l'abdomen pour favoriser la complète évacuation de l'urine.

« Après cette opération, soulagement inexprimable de la malade, mais l'utérus est encore immobile dans l'excavation du bassin. Alors le docteur Gérard fait placer la femme sur les coudes et les genoux, introduit avec ménagement sa main enduite d'axonge dans le vagin, repousse avec le poing l'utérus du coccyx vers le sacrum, en le désenclavant par la circonférence, et parvient en peu d'instans à le replacer dans sa position naturelle. Aussitôt le vagin est pour ainsi dire rétabli, et au milieu du vaste cul-de-sac que présente son fond, le doigt sent distinctement le col et l'orifice utérin dont les lèvres sont légèrement tuméfiées.

Exposé des travaux de la Société royale de médecine de Toulouse, depuis le 13 mai 1841 jusqu'au 8 mai 1842; par M. Ducasse, secrétaire général de cette Société.

La Société de médecine de Toulouse travaille activement au progrès de la science et au perfectionnement de l'art. L'exposé de ses travaux le démontre. Nous allons résumer les faits chirurgicaux que cet exposé renferme.

— Le premier est l'observation de ligature de l'artère sous-clavière et du tronc brachio-céphalique, publiée par nous,

et adressée à la Société de médecine de Toulouse par M. Hutin.

— Une femme tenait à la bouche une grosse épingle. Une autre femme entre précipitamment dans sa chambre, et la première, dans l'effroi qu'elle éprouve, fait une aspiration et avale l'épingle. Son désespoir est extrême. On est obligé de lui faire croire qu'il y a des moyens sûrs de dissoudre les épingles dans l'estomac. Cinq mois après, *Françoise* éprouve une douleur sourde avec engourdissement, à la partie supérieure et externe de la cuisse gauche. Les douleurs deviennent plus vives, et une tumeur fluctuante est constatée au-dessous du grand trochanter. Enfin, M. Ducasse aperçoit au milieu de la tumeur un espace bleu au centre duquel il distingue un corps noirâtre. « Je le saisis, dit-il, avec des pinces à pansement, et je ramenai au dehors l'épingle avalée le 15 du mois d'août. » On était au 29 janvier de l'année suivante. Guérison rapide.

— Opération de la taille sur un enfant de 5 ans, par M. Dieulafoy. On ne trouve pas d'abord le corps étranger, qui s'était logé dans l'intervalle des tenettes. Précepte : Toutes les fois que l'on retire les pinces de la vessie, il faut avoir le soin d'examiner avec attention ce qui se trouve entre leurs mors.

— Enfant calculeux. On sent la pierre entre la prostate et la portion membraneuse ; elle rentre facilement dans la vessie. M. Dieulafoy taille l'enfant. Pas de corps étranger. La pierre avait glissé en avant de l'incision, dans une espèce de poche formée par la portion membraneuse de l'urèthre, où on la trouva enfin. Le calcul était petit et allongé.

— Calcul dans la portion bulbeuse chez un enfant (l'âge précis n'est pas indiqué, pas plus que pour le précédent su-

jet). Rétention. Incision. Le calcul est placé en travers et a déchiré le canal. Extraction difficile. Guérison. (Dieulafoy.)

— Enfant de 2 ans, calculeux. Taille latéralisée par M. Dieulafoy. Le calcul, de la dimension d'une pièce de 10 sous, est extrêmement mince, et logé sur le trigone, où les tenettes droites ne le peuvent saisir. On l'extrait à l'aide de pinces courbes. Guérison.

— Un homme tombe d'un mûrier, et se luxe le fémur en haut et en dehors. On essaie la réduction selon la méthode ordinaire, et on ne réussit point. Au huitième jour, le procédé suivant est employé par M. Benoît :

Un aide enjambe le corps du patient, s'accroupit de manière à peser fortement sur le bassin dont il embrasse les deux os à pleines mains pour le rendre immobile. Alors placé debout et du côté interne, M. *Benoît* saisit lui-même le membre luxé, et après avoir fléchi la jambe sur la cuisse et celle-ci sur le tronc, il applique la main gauche sous le jarret et la droite sur le coude-pied. Ses mouvemens de réduction eurent alors pour but : 1° de pousser la cuisse sur le bassin pour forcer un peu la flexion ; 2° de tirer la cuisse en haut, et pour cela, tandis que la main gauche cherchait à l'élever directement, la main droite pesait au contraire sur le coude-pied, ce qui transformait la jambe en un levier du premier genre ; 3° de porter le pied dans l'adduction, afin d'imprimer un mouvement de rotation en avant et en dedans, à la tête du fémur. Ces manœuvres diverses, simultanément exécutées, eurent un succès complet. La réduction fut presque instantanée et produite sans exagération dans l'espace de quelques secondes. Une secousse brusque, sans bruit de claquement, mais parfaitement sentie par l'aide et par l'opérateur, annoncèrent le retour de l'os dans sa cavité. Les douleurs furent presque nulles, et au bout de quatorze jours la progression était déjà facile.

— Luxation du bras, réduite par le procédé suivant : M. Benoît saisit avec une main le poignet du membre luxé, et l'élève graduellement de manière à le rapprocher de la tête du malade, en même temps qu'il fait l'extension ; puis il l'abaisse brusquement ; la réduction est instantanée.

— Hystérotomie vaginale chez trois femmes, l'une grosse de cinq mois et demi, l'autre de six mois, et la troisième presque à terme, toutes trois affectées d'éclampsie; par M. Godemer, chirurgien de l'hôpital civil d'Ambrières. Ces observations manquent de détails.

— M. Bernard a remarqué que chez les chiens affectés de la maladie, il existe aux environs de l'anus une poche remplie d'une matière jaune, verdâtre ou noirâtre et fétide, qui ne paraît pas pouvoir s'ouvrir d'elle-même, tant est petit l'orifice par lequel elle communique avec l'intestin. Il faut une pression assez forte pour évacuer le liquide, qui jaillit à une grande distance. Pendant l'opération, l'animal pousse les hauts cris; il reprend bientôt sa gaîté naturelle. Ce fait de pathologie comparée est intéressant.

— Hernie de la ligne blanche, véritable éventration, suite d'un coup de fusil chargé à plomb. La tumeur s'appuie sur la partie supérieure et interne de la cuisse. Elle a 63 centimètres de circonférence totale; elle est bosselée. Depuis vingt ans qu'elle existe, elle n'a jamais apporté de trouble sensible aux fonctions digestives. On ne peut la réduire. Le malade dit que parfois elle diminue de moitié.

—*Constans* (*Guillaume*), âgé de 21 ans, d'un tempérament robuste, portait depuis sa naissance une tumeur molle, arrondie, circonscrite, élastique, avec pulsations isochrones aux battemens du pouls et placée au sommet de la tête, à la partie correspondante à la fontanelle supérieure et postérieure; elle était partagée en deux lobes, dont le droit était plus gros que le gauche. Le toucher distinguait à l'endroit de leur séparation une partie dure qui semblait être formée par une lame osseuse, laquelle partait du pariétal droit et allait jusqu'à l'occipital. Cette tumeur avait le volume d'un œuf de poule, n'avait pas sensiblement grossi jusqu'à dix-neuf ans, et disparaissait pour ainsi dire en entier pendant les courses du malade, qui alors éprouvait des vertiges et une très grande faiblesse dans les membres supérieurs et inférieurs. A cette époque *Constans* éprouva sur cette tumeur une forte

contusion qui lui fit perdre connaissance. Dès cet instant l'encéphalocèle jusqu'alors stationnaire, s'accrut avec rapidité, et dans l'espace de huit jours acquit un volume dix fois plus considérable. Un troisième lobe de l'étendue d'une grosse orange se développe, et ces trois portions, distinctes et séparées à leur portion antérieure, paraissent n'en former qu'une seule vers la portion postérieure. Considérée dans son ensemble, la tumeur a 47 centimètres de circonférence et 30 centimètres dans le diamètre transversal. On sent, en touchant sa base, le cercle osseux qui fait communiquer avec elle l'intérieur du crâne. Dès l'instant qu'elle eut pris ce grand développement, sa disparition ne put plus être opérée par une course rapide. La station et la progression étaient devenues chancelantes, et les douleurs violentes qu'elle faisait éprouver tous les quinze jours, quand elle était petite et immobile, n'avaient plus reparu. Du reste la pression produisait toujours des accidens cérébraux, proportionnés à son intensité ; l'intelligence était peu développée, les sensations moins vives et les fonctions assimilatrices parfaitement intactes. *Constans* vécut encore quelques années, et succomba plus tard à une fluxion de poitrine. Voici le résultat de l'autopsie.

La tumeur était sensiblement fluctuante : le premier coup de bistouri laissa s'écouler le liquide aqueux avec abondance. A la partie supérieure et postérieure du crâne, près l'angle du pariétal, existait de chaque côté une ouverture dans laquelle le pouce entrait avec facilité : elles étaient séparées par une lame osseuse formée par la suture des pariétaux, et laissaient passer la dure-mère et le feuillet supérieur de l'arachnoïde.

La calotte osseuse enlevée, toute l'épaisseur de la portion postérieure de la voûte des deux ventricules, était détruite jusque vis-à-vis le milieu de la couche optique. Les plexus choroïdes étaient très développés, et l'on n'apercevait aucune lésion dans le reste des hémisphères, dans la faux du cerveau et dans le sinus longitudinal supérieur.

— Un soldat reçoit plusieurs blessures à la tête, une entre autres par instrument piquant. Cela se passe le 7 mars. Cet homme est puni ; il passe trente-six heures à la salle de police, sans proférer aucune plainte. Ce n'est que le 9 au soir qu'il accuse, *en balbutiant*, un léger mal de tête. On l'envoie à l'hôpital où, malgré un traitement énergique, il succombe dans la matinée du 16.

Autopsie. — Immédiatement au-dessus de la partie gauche de la suture

coronale, à 3 centimètres 5 millimètres de l'extrémité antérieure de la suture sagittale, existait une plaie contuse pénétrante du crâne. L'ouverture de la peau était de 1 centimètre 5 millimètres de long, sur 5 millimètres de large dans son milieu. Celle que présente le tissu cellulaire sous-cutané est arrondie, et de 7 millimètres de diamètre. Entre le péricrâne et l'aponévrose occipito-frontale, il y avait une infiltration de pus.

La plaie de l'os était de forme irrégulièrement carrée, d'un centimètre dans tous les sens. Elle était taillée en biseau aux dépens de la table externe du pariétal dans le bord antérieur, et de la table interne dans le bord postérieur qui était un peu soulevé.

Sur la face externe de la dure-mère, dans le point correspondant à la lésion de l'os, existait un caillot de sang mêlé à de la matière purulente. Une couche de pus liquide et de bonne qualité, épanché dans la cavité de l'arachnoïde, recouvrait toute la partie antérieure du lobe gauche du cerveau.

Sur ce lobe, dans la portion correspondante à la partie antérieure du centre latéral gauche, la substance cérébrale était infiltrée, ramollie, couleur lie de vin mêlée à du lait, de l'étendue de 4 centimètres 5 millimètres. Ce foyer gagnait en profondeur, en diminuant d'étendue, jusque dans la partie antérieure de la couche optique où il disparaissait.

— Une dame, âgée de 60 ans, ayant été mère plusieurs fois, portait, depuis sa dix-huitième année, une tumeur qui occupait la région ombilicale. Elle avait succédé à une péritonite très grave. La menstruation avait été régulière. La tumeur n'était pas douloureuse ; elle était très mobile. Cette dame la prenait souvent entre ses mains et la déplaçait dans tous les sens. On crut quelquefois à l'état squirrheux du grand épiploon. Mort subite probablement par apoplexie. Il est singulier que dans le récit de l'autopsie on ne donne pas d'une manière certaine la cause de la mort.

Autopsie. — *Abdomen*. Les organes abdominaux étaient sains. La diarrhée avait laissé peu de traces de son passage. Au milieu de la masse des intestins grêles, existait une tumeur considérable, irrégulièrement sphérique, et remplissant la totalité du grand bassin. Elle était en grande partie recouverte par le péritoine. Ses adhérences n'existaient qu'à sa partie infé-

rieure, qui embrassait l'utérus. La vessie antérieurement, le rectum à la partie postérieure, avaient conservé leurs rapports naturels, et s'isolaient d'elle parfaitement. La membrane séreuse n'offrait dans tous ses développemens ni adhérences, ni altération de tissu, et la tumeur conservait la mobilité qu'elle avait pendant la vie.

Cette tumeur, exactement mesurée, avait 25 centimètres dans son diamètre transversal, 14 centimètres de haut en bas, et 13 centimètres d'épaisseur. Elle pesait 2 kilogrammes 560 grammes, et avait à-peu-près la forme d'une calebasse. A sa portion moyenne et inférieure, au point où l'on pratiqua une section pour la séparer du vagin, on voyait un bourrelet formé par le museau de tanche, et le doigt, porté dans son orifice, pénétrait dans la cavité de la matrice, confondue avec le reste de la tumeur. Une incision pratiquée à la partie antérieure et moyenne de celle-ci mit à découvert toute la cavité utérine. Le lobe gauche, plus considérable, également incisé, parut formé d'une poche, qui renfermait un corps sphérique osseux, ayant la forme exacte d'une tête d'enfant. Plusieurs autres productions osseuses se faisaient sentir à travers les parois du reste de la tumeur. La scie ayant été nécessaire pour ouvrir ce corps, on reconnut alors qu'il était formé d'une masse assez consistante, homogène, de couleur gris-blanc, offrant une espèce de ventricule à la partie moyenne, simulant ainsi tous les caractères d'une tête d'enfant, avec laquelle il fut d'abord confondu, de manière à faire croire à l'existence d'une grossesse interstitielle. Un examen plus approfondi démontra cependant sa véritable nature. La tumeur était effectivement fibreuse, et, comme il arrive quelquefois aux corps fibreux, elle s'était recouverte d'une croûte osseuse, granulée; caractère important qui n'échappa point à l'observation, et qui la différencie de l'ossification naturelle des os du crâne, qui a lieu par rayonnement.

Les autres portions de la tumeur étaient formées par des agrégats de matière fibreuse et osseuse, irrégulièrement distribués et variant de consistance et de couleur, mais se rapprochant des transformations déjà indiquées. Ce qui décida surtout la conviction de nos collègues, ce fut surtout la rencontre d'un petit corps sphérique absolument semblable, soit par sa nature fibreuse, soit par sa croûte osseuse, à la première tumeur, que d'abord on avait prise pour une tête d'enfant.

— Trois observations de fissures anales guéries au moyen des injections de décoction de ratanhia; par M. Roque.

Tous les médecins connaissent les faits de M. Trousseau et ses travaux sur cet agent thérapeutique.

— Observations de déchirure intestinale, suite de coup; par M. Molas:

1[re] *Observation*. Une rixe s'engage entre deux jeunes gens. Un vieillard, quoique atteint de deux hernies inguinales maintenues par un bandage double, veut les séparer, et reçoit sur le ventre un coup de pied qui le jette à terre dans l'impuissance de se relever; des voisins accourus le transportent dans son lit, où il ne cesse de se plaindre d'une vive douleur dans l'endroit frappé. Il était six heures du soir. Les souffrances augmentèrent pendant la nuit, et malgré les saignées, les sangsues, les cataplasmes émolliens, le pouls se perdit, et le malade mourut le lendemain dans l'après-midi.

L'autopsie faite, vingt-quatre heures après la mort, par l'ordre du ministère public, donne les résultats suivans:

Rigidité cadavérique; point de traces extérieures de lésion; nulle ecchymose, si ce n'est celles qui proviennent de la piqûre des sangsues sur les parois abdominales; on ne trouve aucune infiltration sanguine dans les muscles mis à nu.

La tête, la poitrine, sont dans l'état normal.

A l'ouverture du ventre, des gaz infects s'échappent en abondance et avec bruit. Dans la région du flanc droit, on trouve une grande quantité de liquides, mêlés à des matières fécales délayées, au milieu desquelles se rencontre un lombric. Le colon ascendant est percé d'un trou légèrement ovale, d'un millimètre et demi environ de diamètre, à bords un peu renversés en dehors, de couleur grisâtre, et conservant toute l'épaisseur de la paroi de l'intestin.

2[e] *Observation*. Dans la matinée du 9 août 1838, M. D..., âgé d'environ cinquante ans, d'une complexion forte et jouissant d'une bonne santé, reçut un coup de pied de mulet sur le flanc droit. Il en résulta une douleur, qui fut d'abord supportable, mais qui, peu de temps après, augmenta de violence et obligea le blessé à se mettre au lit. Appelé près de lui avec un de mes confrères, nous examinâmes avec attention la partie douloureuse, et, malgré toutes nos recherches, nous ne pûmes y rien découvrir. Cependant, les souffrances augmentaient toujours et résistaient aux saignées, aux sangsues, aux bains, aux fomentations émollientes, aux calmans intérieurs. Pendant la nuit elles devinrent intolérables. Le ventre était déjà considérablement ballonné, les vomissemens de bile jaune survinrent. Le pouls devint bientôt petit, fré-

quent, concentré; les extrémités froides, la soif inextinguible. Le malade expira le 11 au matin.

Le cadavre, ouvert après vingt-quatre heures, conservait de l'embonpoint; l'abdomen, qui seul a été examiné, ne laissait apercevoir sur sa surface que les ecchymoses produites par les piqûres des sangsues, sans plaie, sans contusion marquée. Les muscles découverts étaient également sains. L'ouverture de cette cavité donna issue à une grande quantité de gaz, et laissa voir le péritoine enflammé à droite. Le paquet intestinal relevé, nous aperçûmes au-dessous du rein droit un épanchement de matières fécales liquides, et, en parcourant le colon ascendant, nous y découvrîmes une ouverture qui admettait un gros pois, faite comme avec un emporte-pièce. Les bords de cette perforation présentaient une couleur grisâtre et étaient un peu renversés en dehors.

3[e] *Observation*. J. P..., âgé de quarante-cinq ans, domestique chez un roulier de cette ville, pansait, bien portant, les chevaux de son maître et reçut de l'un d'eux, sur le ventre, un coup de pied qui le renversa. La douleur fut grande. Le toucher en augmentait la violence, ainsi que les plus légers mouvemens du malade. Une large saignée fut pratiquée, des sangsues et des cataplasmes émolliens furent appliqués sur l'abdomen, mais sans succès, car les accidens allèrent toujours en augmentant. Le deuxième jour, météorisme du ventre, vomissemens de bile jaune, et la femme de ce malheureux, qui avait déjà assisté M. D., dont nous venons de raconter la fin douloureuse, s'écria qu'il était également perdu. En effet, cet homme expira le troisième jour.

Ici, comme dans le cas précédent, l'autopsie laissa voir un épanchement de matières fécales liquides dans l'abdomen, et sur le colon ascendant, une perforation de 3 centimètres environ de diamètre et à bords légèrement renversés en dehors.

— M. Carré cite plusieurs faits qui tendraient à démontrer les bons effets de la solution de chlorure de chaux, sur des ulcères, ou des plaies de mauvaise nature. La teigne pustuleuse serait aussi avantageusement modifiée par ce topique.

— M. Carré se loue beaucoup, contre les tumeurs scrofuleuses et les ulcérations qui en sont la suite, d'une pommade

composée de 60 à 90 centigrammes de proto-iodure de mercure dans 32 grammes d'axonge. Les frictions doivent être faites deux fois par jour, à la dose de 195 centigr. à 390, selon la constitution et la sensibilité du sujet.

— Chute du rectum. Ablation de la partie procidente de l'intestin :

La malade, dit M. *Dastas*, fut couchée sur le côté droit et sur le bord de son lit, le bassin élevé par un oreiller et les fesses écartées par des aides. Je saisis avec une pince à érigne un des plis de la tumeur et la confiai à un aide. J'en pris le pédicule avec l'indicateur et le pouce de la main gauche, et avec l'autre main, armée d'une paire de ciseaux courbes, je l'excisai tout entière. Il restait encore un décollement de la membrane muqueuse de l'étendue de 5 centimètres en hauteur. Je l'incisai dans sa longueur de haut en bas, ainsi que toute l'épaisseur du sphincter de l'anus, afin de prévenir une rechute en produisant l'adhérence. Cette rechute n'eut pas lieu, et la guérison opérée depuis deux ans ne s'est pas démentie.

Étranglement herniaire.

L'observation suivante est extraite de la thèse de M. Petit, récemment présentée à la Faculté de Paris. Nous ne l'insérons pas à titre de preuve de l'étranglement par les anneaux fibreux, attendu que ce point de doctrine n'a pas besoin de preuves. Nous l'offrons à nos lecteurs comme un fait bien observé, et renfermant une anatomie pathologique bien faite.

Le 2 décembre 1839, un homme de cinquante-huit ans, de bonne constitution, se présenta au bureau central des hôpitaux. Il s'y plaignit de vomissemens; il fut envoyé dans la salle de médecine Saint-Athanase de la Pitié. A la visite du soir, l'interne de cette salle reconnut dans le scrotum du côté gauche une tumeur volumineuse, que tout indiquait être une hernie étranglée. Apporté au n° 23 de la salle de chirurgie Saint-Gabriel (salle de M. Sanson), cet homme raconte à grand'peine que sa descente, survenue peu-à-peu, date de trente ans à-peu-près. Après l'avoir abandonnée à elle-même pendant

douze ans, il prit un brayer, qu'au bout de six ou sept ans il laissa pour une ceinture qu'il a toujours portée depuis. A différentes reprises, des accidens de la nature de ceux qui l'amènent aujourd'hui à l'hôpital, mais beaucoup moins intenses, se sont terminés par la réduction; il assure que la hernie rentre entièrement, et gargouille à chaque fois. Pendant la nuit du mardi au mercredi 27 novembre, la hernie sortit, et il eut des coliques et des nausées qui l'obligèrent à quitter son travail et à se coucher. Le soir il parvint à réduire, et il y eut une garde-robe. Le jeudi matin, 28, la hernie est sortie de nouveau, mais cette fois son volume est de beaucoup augmenté, et il y a de fortes coliques et de fréquentes nausées. Le 29, les vomissemens surviennent, et la tumeur peu douloureuse prend le volume qu'elle a aujourd'hui. Point de selles. Le 30 novembre et le 1er décembre, les nausées, les vomissemens, les coliques continuent. Pas de selles. Le lundi soir, 2 décembre, vers dix heures, cet homme offre l'état suivant : Vomissemens fréquens à odeur de matière fécale, grande soif, que le malade ne peut satisfaire, à cause des vomissemens, langue sèche, pouls lent et petit; la peau est froide sur tout le corps, et sensation de froid; vergetures sur les mains, les avant-bras; la face est grippée, les lèvres bleuâtres, la parole brève et saccadée; l'abdomen médiocrement ballonné, est assez souple et *indolent;* sensibilité à la région inguinale gauche; le scrotum de ce côté est distendu par une tumeur d'un volume du poing à sa base, longue de 7 pouces, et qui remonte à l'anneau inguinal : celui-ci semble étreindre fortement, par un cercle légèrement saillant à la surface de la tumeur, le cylindre qu'elle forme en pénétrant à travers cette ouverture; le diamètre de l'anneau est d'un pouce à-peu-près en tous sens; au-dessus, et en dehors de lui, la paroi abdominale est distendue par le relief d'une anse intestinale donnant une parfaite sonorité à la percussion; la tumeur scrotale est opaque, rénitente, sans fluctuation, et donne un son mat; elle est plus dure en arrière, où l'on peut sentir le relief formé par le cordon; la pression détermine à peine quelques douleurs; le testicule droit est accolé à la moitié de sa face interne, et le gauche à sa base. Quoique le malade dise n'avoir point uriné depuis le 28 novembre, le cathétérisme donne issue à quelques gouttes d'urine seulement. A de pareils symptômes et antécédens, il n'était pas difficile de reconnaître une hernie inguinale étranglée. L'état général si grave, et la grande tension du sac, devaient rendre très prudens les efforts de taxis : aussi on n'en fit que de fort modérés, pendant très peu de temps, et parce que, au dire du malade, personne n'en avait encore tenté : ils furent inutiles. *Deux lavemens* fortement purgatifs

furent rendus tels que tels. La nuit étant alors très avancée, on attendit la visite du lendemain.

Le 3 décembre tout est resté dans le même état. M. Sanson se décida à l'opération immédiatement. La durée de l'étranglement, la gravité des symptômes généraux, lui firent porter un pronostic très fâcheux. A la dureté inégale de la tumeur, il reconnut une entéro-épiplocèle : il ajouta qu'il croyait l'étranglement formé par l'anneau externe. La possibilité de s'assurer, par le toucher, de l'exacte application des piliers sur le collet, dans la circonférence duquel ils avaient creusé un sillon profond, l'immobilité du collet à l'anneau, furent les circonstances qui le portèrent à ce diagnostic. L'opération est faite au lit même.

Opération. — A l'ouverture du sac, faite suivant les règles, pas une goutte de sérosité ne s'échappa, mais tous les assistans sentirent une odeur manifestement gangréneuse. Dans la cavité, une large nappe épiploïque, d'un rouge foncé, est étalée et plissée à l'anneau ; elle est parcourue par des vaisseaux gorgés d'un sang noir ; elle adhère au côté interne du sac par des fausses membranes récentes ; avec les doigts on la soulève facilement, et on découvre sous elle une anse intestinale, comme carbonisée, flasque, pleine de liquide, et longue de huit pouces. La flaccidité de l'intestin est surtout remarquable ; on dirait un cylindre de baudruche lié à ses deux bouts, et médiocrement distendu par un liquide. L'incision des tégumens est prolongée en haut pour bien mettre à nu l'anneau qu'on veut débrider. On voit alors celui-ci fortement appliqué sur le collet, et l'étreignant étroitement. Avec des ciseaux à pointe mousse, dont une lame était entre l'intestin et le sac, et l'autre sur l'anneau, l'intestin étant garanti, M. Sanson ne fit qu'un petit débridement de 3 lignes, en haut et en dehors, tant était grande la constriction qui s'opposait à l'introduction de l'instrument. Cette première incision faite, la pointe des ciseaux passe assez facilement, toujours entre le sac et l'intestin, et le débridement est augmenté de 6 lignes dans la même direction : aussitôt les parties étranglées, mises en liberté, s'élargissent brusquement, et suffisent à remplir l'anneau dilaté. Un peu au-dessous de l'anneau, la masse épiploïque adhérait fortement au sac : on coupe avec des ciseaux tout ce qui est au-dessous de l'adhérence, liant à mesure les principaux vaisseaux, qui cependant ne donnaient pas de sang (on sait qu'au bout d'un certain temps, la circulation peut s'y rétablir). On attire dans le sac une portion d'intestin abdominal, afin d'examiner le point où portait l'étranglement. Il est facilement reconnaissable, car on dirait qu'une ligature fine et très serrée a été directement

appliquée sur l'intestin. Il semble qu'au moindre attouchement ce dernier va se rompre à ce niveau. Pour arriver dans le sac, l'anse intestinale s'était, à l'ouverture abdominale, enroulée en dehors de l'épiploon, puis en dessous, de sorte qu'à l'anneau inguinal elle était partout protégée du contact de cet anneau excepté en arrière, et dans une très petite étendue. La flaccidité de cette anse, l'odeur franche de gangrène, déterminèrent à l'ouvrir largement sur sa convexité. Il s'en échappa un flot de sang noir, visqueux, et d'odeur gangréneuse. Vidé, l'intestin s'affaissa comme un corps inerte. Une sonde fut placée dans le bout supérieur, qui était vide dans la partie voisine du sac. Après quelques pouces de trajet, il vint un jet de matières caractéristiques; il en sortit à-peu-près un litre. La sonde fut laissée à demeure, et fixée, par quatre fils, à un bandage de corps. *Pansement simple, tisane émolliente, lavement.*

Le 3 décembre, au soir, les nausées persistent, le ventre se ballonne; mêmes symptômes généraux que précédemment, et, de plus, agitation.

Le 4, délire pendant la nuit. Le malade a voulu se lever, et a ôté la sonde deux fois; la deuxième fois elle a été remise à cinq heures du matin, et n'a fourni depuis cette heure aucun écoulement; les symptômes s'aggravent encore pendant cette nuit. A l'heure de la visite, on s'aperçoit que la sonde a été placée dans la cavité péritonéale; on la replace convenablement, et il s'échappe une grande quantité de matières.

Le 4 au soir, les accidens de péritonite continuent à s'aggraver.

Le 5, mort à cinq heures du matin.

Autopsie le 6 décembre, à 8 heures du matin. La *tête* et la *poitrine* n'ont pas été examinées.

Abdomen. — Péritonite générale, avec fausses membranes, et quelques onces de liquide séro-purulent; les deux bouts de l'intestin tiennent à l'ouverture du sac herniaire; on les coupe à une certaine distance du sac, et on enlève toute la moitié correspondante du bassin pour examiner plus à loisir les rapports des parties : sur la face postérieure de la paroi abdominale, on voit l'ouverture supérieure du canal déjetée en dedans, et située presque vis-à-vis l'externe ; le péritoine, pour s'y engager, s'est plissé sur lui-même, et au côté interne adhère l'épiploon, plissé lui-même et induré; la portion d'intestin qui pénètre dans le sac s'enroule autour de l'épiploon, comme nous l'avons dit : on peut en suivre les deux bouts plus loin, et on voit que, de la face externe de l'épiploon, ils passent au-dessus de lui pour aller se perdre dans les circonvolutions intestinales. Ainsi, dans l'abdomen, les deux bouts

de l'anse intestinale étaient au-dessus, puis en dehors de l'épiploon, et, dans le sac, ils étaient au-dessous : ces rapports expliquent facilement le son clair observé au-dessus de l'anneau externe, et le relief qu'y faisait l'intestin. La moitié interne de la circonférence du côllet herniaire n'offre aucun épaississement, et adhère lâchement aux tissus qui l'entourent : il y a plus, au niveau même de l'anneau inguinal externe, toute cette moitié de circonférence est mince, plissée sur elle-même, de sorte qu'à la moindre traction ces plis s'effaçant comme un paravent qu'on ouvre, la membrane s'étendait, et les dimensions du cercle formé par le collet se trouvaient ainsi beaucoup augmentées ; les plis tenaient les uns aux autres par de légères adhérences. La moitié externe de la circonférence de ce collet est, au contraire, épaisse, fort adhérente au pilier inférieur, qui a creusé à sa surface l'empreinte dont nous avons parlé déjà, et reconnaissable à l'intérieur du collet par une petite saillie comme valvulaire. On constate que l'incision a coupé les fibres les plus élevées du pilier inférieur dans l'étendue de trois ou quatre lignes, puis les fibres arciformes dans l'étendue de cinq ou six lignes.

En résumant tous les détails de cette observation, que j'ai été obligé de donner en son entier, on voit tout se grouper pour un étranglement par l'anneau. C'est une hernie, sur la réductibilité de laquelle nous avons été trompés, puisque l'adhérence solide de l'épiploon témoignait de son ancienneté ; c'est, dis-je, une hernie ancienne, sans doute épiploïque, dans laquelle une anse d'intestin s'engageant peu, distend peu-à-peu et le sac et le collet. En s'y engageant, cette anse s'enroule autour de l'épiploon, de manière qu'elle est efficacement protégée du contact immédiat du collet. A partir du jour où la tumeur subit une grande augmentation de volume, les accidens s'aggravent, surtout à cause de l'arrêt des matières dans l'intestin, d'où les nausées, les vomissemens, l'abattement, des coliques. Au quatrième jour, soumise à un examen attentif, cette tumeur est dure, mate ; on voit, pour ainsi dire, l'anneau inguinal la serrer à son sommet, comme le ferait une ligature. Ce que l'œil peut voir, le toucher le confirme ; et de plus l'immobilité de la tumeur à ce niveau. Quoique à cette époque les symptômes généraux annonçassent une gangrène des intestins, et fissent soupçonner la péritonite (le ventre était indolent, excepté au voisinage de l'étranglement), on opéra, car la mort était certaine et proche, et, par l'opération, il restait la chance de voir la péritonite, encore peu intense, s'arrêter, et l'anus contre-nature terminer les accidens de la gangrène. Le sac étant mis à nu, ainsi que l'anneau, on voit encore celui-ci étreignant très étroitement le collet : on débride collet et anneau, et

les parties étranglées se distendent, et remplissent le nouvel anneau ainsi élargi. La constriction a été telle, que l'intestin, protégé par l'épiplôon, semble avoir été serré par un fil. A l'autopsie, on trouve que le cercle péritonéal, immédiatement en rapport avec les organes herniés, est épaissi dans un point, mais dans l'autre mince, et plissé sur lui-même. A la moindre traction, les plis s'effaçant augmentent de beaucoup le diamètre du cercle, tandis qu'autour de lui est un anneau partout fibreux, partout solide, partout inextensible. Otez, par la pensée, cet anneau, et ne voyez-vous pas ces tissus, serrés comme par un fil, s'étendre, se mettre à leur aise, déplisser toute la moitié interne du collet herniaire, dont les plis rappellent ceux qu'ont notés beaucoup d'observateurs sur le péritoine abdominal à son entrée dans le sac? Dira-t-on que l'épanouissement du collet herniaire aura étranglé? Mais n'est-il pas évident que quelque solide que soit la moitié d'un cercle, si l'autre moitié est extensible, bien plus qu'extensible, le cercle entier, sous l'influence d'un effort excentrique, va augmenter de diamètre? On pourra encore demander pourquoi on ne s'est pas contenté de débrider seulement l'anneau? La réponse est facile. A quoi servirait de ménager huit ou dix lignes de la surface du sac, quand l'intérêt principal et dominant est de reconnaître exactement l'état des parties herniées? Qu'on ne débride que l'anneau si le sac doit être ménagé, et, pour cela, il faut la certitude de l'intégrité de l'intestin; mais, quand le sac doit être ouvert, qu'importe une incision de quelques lignes de plus au sac? Et je conclus de tout cela :

1° Que l'anneau de l'oblique externe peut être l'agent de l'étranglement non-seulement quand le collet herniaire est mince dans tout son pourtour, mais aussi quand il est partiellement épaissi;

2° Que le péritoine dans le collet des sacs herniaires peut être plissé partiellement;

3° Qu'une anse intestinale, protégée par une lame épaisse d'épiploon, peut être aussi fortement étranglée que si la constriction avait été immédiate.

Modification du procédé de M. Reynaud, de Toulon, pour la ligature des veines du cordon; par M. Vidal (de Cassis).

Notre collaborateur prépare sur son procédé les matériaux d'un travail qui sera inséré dans les *Annales*. Voici, en attendant, d'après M. Janselme (*Gazette des Hôpi-*

taux), quelle est sa manière d'opérer. Nous ferons suivre cette description de la relation d'un fait très intéressant, qui nous a été adressé par M. Lafaurie, interne du service de M. Vidal, à l'hôpital du Midi.

« Une aiguille courbe, fine, est taraudée à l'extrémité où est ordinairement le chas, et dans le sens de son axe. Une extrémité d'un fil d'argent très délié et très flexible est fixée sur cette aiguille. Ce fil donc semble une continuation de l'aiguille.

« Le malade a pris un bain avant l'opération, ou a marché plusieurs heures; en un mot, on prend les précautions généralement indiquées pour déterminer la plus grande dilatation des paquets veineux. L'opérateur sépare les vaisseaux variqueux du canal déférent. Celui-ci est rejeté en dedans, du côté de la cloison des bourses et de la racine de la verge. Les vaisseaux variqueux sont saisis et serrés en un seul cordon par le pouce et l'index de la main gauche. Ces vaisseaux se trouvent dès-lors dans un pli de la peau que les doigts ont soulevé et qu'ils bornent en arrière. L'extrémité de ces doigts sert de guide pour l'entrée et la sortie de l'aiguille. Celle-ci entre donc du côté du pouce et sort du côté de l'index; elle entraîne le fil d'argent. Une anse de fil est, en conséquence, passée derrière le cordon variqueux. Les deux bouts du fil sortent ainsi par les deux ouvertures du scrotum, qui se trouvent à une distance d'environ un pouce l'une de l'autre. C'est entre ces deux ouvertures que la compresse épaisse et courte est placée, et c'est sur cette espèce de coussinet que les deux fils sont noués. Au-dessous de ce nœud on passe une petite tige de fer qui représente le bâtonnet du compresseur des artères, et on le fait tourner comme lui. On comprend facilement toute la simplicité de cette manœuvre pour augmenter ou diminuer la constriction du lien.

« Ainsi, si une constriction trop forte amenait de trop vives douleurs ou faisait naître une inflammation intense, il suffirait de faire faire au bâtonnet un tour ou deux en sens opposé aux tours qui ont serré le fil, *et vice versâ.* On pourrait aussi, si l'inflammation avait une tendance à devenir phlegmoneuse, enlever la compresse et appliquer des topiques émolliens. Dès que l'ordre serait rétabli, on remettrait la compresse sous le nœud et on appliquerait la tige métallique comme nous l'avons indiqué plus haut. Mais, hâtons-nous d'ajouter que presque toujours il faut serrer l'appareil au lieu de le desserrer.

« Tous les jours ou tous les deux jours, on tourne la petite tige en fer dans le sens de la constriction, laquelle est ainsi graduellement augmentée *sans que pour serrer on soit obligé de relâcher momentanément le fil.* »

Duriez, âgé de 43 ans, né à Calais, habitant Paris depuis onze ans, n'a jamais exercé de profession pénible; il sert actuellement d'interprète pour l'anglais aux Messageries royales. Constitution assez mauvaise, peu de force musculaire, teint pâle, peu d'appétit, maux de tête habituels. Du reste, taille assez élevée, embonpoint prononcé, cheveux et barbe noirs et abondans. Il a bu beaucoup d'eau-de-vie dans sa jeunesse, mais vit très sobrement depuis une dizaine d'années. Jamais il ne s'est livré à la masturbation; il vit des femmes dès l'âge de 17 ans, et usa du coït avec passion pendant quelques années; depuis l'âge de 30 ans il ne se sent que peu porté pour les femmes, et ne les approche que rarement. Le malade est d'habitude plutôt sujet à la diarrhée qu'à la constipation; ce n'est que depuis quelques jours qu'il va à la selle avec efforts, rarement, et qu'il rend des matières fort dures. Il ne se souvient pas d'avoir eu d'autre maladie grave qu'une fièvre cérébrale, il y a quatre ans.

En 1826, il eut un premier écoulement qui fut peu intense et de courte durée, mais se compliqua d'orchite du côté gauche. Il éprouva de grandes douleurs; les parties se gonflèrent énormément; on le traita par les sangsues, et le repos long-temps prolongé; mais la guérison se fit beaucoup attendre, et une

petite tumeur persista au-dessous du testicule, laquelle tumeur n'a jamais disparu. Depuis cette époque, il a eu encore quatre écoulemens toujours très faibles, le dernier en 1838, pour lequel il ne fit aucune médication, et qui se prolongea très long-temps; encore dans ces derniers temps, il se manifestait quelquefois par des démangeaisons et un léger suintement.

Il y a deux mois, Duriez prit un nouvel écoulement léger et sans douleur vive, qui se manifesta 4 ou 5 jours après le coït. Il fit, sur le conseil d'un pharmacien, des injections irritantes dans le canal; l'écoulement avait presque disparu lorsqu'il but plus qu'il n'avait fait depuis long-temps; dès-lors l'écoulement reparut très abondant, la verge s'enflamma, le prépuce enflammé recouvrit le gland; un charlatan lui donna un onguent et des pilules, et au bout de 12 jours ces accidens cessèrent; mais il resta un peu d'écoulement sans douleur. Il y avait 8 ou 10 jours que les derniers symptômes inflammatoires étaient dissipés, lorsque le 13 avril 1842, sans cause appréciable, le testicule gauche devint douloureux, sans élancement, mais comme avec pesanteur. La douleur continua plus intense toute la nuit; le 14, le testicule était dur et gonflé; le 15 le gonflement augmentait encore, la douleur aussi; le malade avait de la fièvre et restait au lit. Mais dès le 16 cette douleur sourde et comme comprimante diminua beaucoup, et le testicule cessa d'augmenter, sans diminuer toutefois, jusqu'au jour de l'entrée du malade à l'hôpital. Le cordon devint sensible seulement le troisième jour, il n'était douloureux qu'à la pression, et augmenta peu de volume. Entré le 19 avril 1842.

Le scrotum est pendant, flasque, un peu coloré dans toute son étendue. Le testicule gauche offre un volume à-peu-près triple de celui du côté opposé. A la partie antérieure on sent la portion proprement testiculaire, de volume un peu augmenté, de consistance un peu rénitente; en bas et en arrière on sent l'épididyme qui se délimite assez bien du testicule lui-même par sa dureté, qui est considérable. Sur le bord postérieur il forme un cordon appliqué immédiatement sur le testicule, de 4 lignes de diamètre environ, se continuant en bas avec un renflement subjacent au testicule et du volume à-peu-près du testicule sain (c'est l'induration qui subsistait depuis 16 ans). La douleur n'est plus qu'une pesanteur vague, diminuant lorsqu'on relève les bourses, augmentant lorsqu'on presse l'épididyme, beaucoup moins lorsqu'on presse le testicule. Il y a déjà une diminution sensible.

Le cordon n'est pas douloureux, mais légèrement sensible à la pression; il est d'une consistance molle, pâteuse, et se laisse déprimer par les doigts; on sent plusieurs cordons réunis les uns aux autres et consistant évidemment en des veines variqueuses; le scrotum offre lui-même quelques sillons vei-

neux, sinueux, comme de très petites plumes. Le cordon du côté droit n'offre rien de pareil et a le volume et la disposition ordinaires. Interrogé sur le point de savoir quand le cordon a ainsi augmenté de volume, le malade se souvient qu'il y a deux ou trois ans, il a senti en effet une différence entre les deux cordons, mais il n'en était aucunement incommodé, et jamais n'y fit plus attention. Il y a seulement un an environ il sentait quelquefois un léger poids sur le soir, vers le testicule gauche. Lorsqu'il avait marché plus que d'habitude ce sentiment était augmenté, et d'abord il ne le distinguait pas d'une fatigue générale plus grande que celle qu'il ressentait ordinairement. Mais il y a quelques mois, il a éprouvé manifestement en ce point une pesanteur douloureuse, qui jamais toutefois ne l'a forcé de s'arrêter. Jamais il n'a porté de suspensoir. Du côté droit il a depuis plus de dix ans une hernie inguinale peu volumineuse, jamais douloureuse, pour laquelle il ne fait pas usage du bandage. — 3 portions, bain, repos, cataplasmes.

21. Le testicule se détache mieux en avant, il a le volume de celui du côté sain. Nulle douleur quand les bourses sont relevées, l'épididyme a peu diminué.

23. Le corps de l'épididyme bien moins volumineux est à peine induré aujourd'hui. Le noyau inférieur, toujours aussi gros, est moins sensible à la pression. Le cordon est libre; pas de selles depuis deux jours. — Une bouteille d'eau de Sedlitz.

26. Diminution assez sensible du noyau inférieur qui est toujours aussi dur et un peu douloureux à la pression. Le corps de l'épididyme est absolument résolu.

1er mai. Il y a eu à peine un peu de diminution; il y a toujours un peu de sensibilité à la pression. On sent le cordon absolument dans le même état que le premier jour. Le malade se lèvera demain matin pour l'opération de son varicocèle, afin que les cordons soient plus distendus.

2. On fait la ligature des cordons variqueux. L'opération ne présente rien de particulier; on passe le fil métallique à environ deux pouces au-dessous de l'anneau inguinal. Lorsqu'on serre le nœud, le malade n'éprouve aucune douleur, mais quatre heures après, il en ressent de très vives qui retentissent dans l'abdomen, surtout vers les lombes. Vers le testicule, il n'y a pas de douleur bien vive.

3. Les douleurs ont duré toute la nuit, mais à un degré supportable. Celles qui retentissaient dans le ventre n'existent plus aujourd'hui, mais le testicule fait éprouver depuis ce matin un sentiment de pesanteur fort incommode. Le scrotum est rouge, infiltré; au-dessous du fil le cordon est plus gros qu'avant

la ligature; le testicule ne se sent plus qu'à travers une certaine épaisseur de tissus. — Cataplasmes sur les bourses.

5. Les douleurs ont entièrement cessé; le malade se trouve bien; les bourses, toujours aussi infiltrées au moins, sont douloureuses lorsqu'on les remue. On serre un peu le nœud.

8. Le fil est retiré. On sent qu'il a sectionné les parties jusqu'au-dessous de la peau, qui est restée intacte. Autour du fil, il s'est formé un noyau dur, du volume d'une petite noix. Le scrotum est encore œdémateux et un peu rouge; il n'est plus qu'à peine sensible; il n'y a aucune douleur spontanée.— Garder encore le lit.

10. L'infiltration a presque complétement disparu au scrotum; le cordon est revenu à un volume moindre qu'avant l'opération; l'ancien noyau induré s'est résolu de moitié. On sent très bien le testicule et l'épididyme.

12. Depuis deux jours le malade accuse des douleurs vives dans l'aine droite, avec élancemens fréquens qui retentissent dans le bassin; dès hier matin, la douleur s'est propagée au testicule, et aussitôt celui-ci a commencé à se gonfler; ce gonflement a continué à augmenter hier et toute cette nuit. Ce matin, les douleurs lancinantes sont éteintes dans l'aine, mais elles persistent au testicule. La pression n'augmente pas la douleur, dont le maximum est au point le plus déclive. Le cordon est tuméfié et dur depuis ce matin seulement. L'épididyme forme sous le testicule une tumeur ovoïde du volume d'un œuf de pigeon à grosse extrémité dirigée en haut. — Cataplasmes laudanisés.

14. A gauche, l'ancienne induration n'a plus que le volume d'un gros pois; le cordon a perdu sa consistance pâteuse, les piqûres sont depuis long-temps cicatrisées. A droite le cordon n'est plus dur, il est peu tuméfié; on sent un peu de liquide en avant du testicule; l'épididyme continue à augmenter en bas, et a un volume au moins double de celui du testicule. Nulle douleur même à la pression. Constipation. — Eau de Sedlitz, cataplasmes.

17. A droite, l'épididyme continue à augmenter, sans douleur. On sent à la partie supérieure de l'induration une masse comme œdémateuse, dépressible, étrangère au scrotum entourant cette partie. Il y a une douleur cuisante dans l'aine, et au bas de la tumeur depuis hier soir. — Cataplasme laudanisé. A gauche, on sent encore le cordon gros.

20. Depuis hier la douleur est tombée, la tuméfaction a cessé d'augmenter, l'épididyme offre une tumeur dure du volume d'un petit œuf de poule; le testicule est à l'état naturel. — A gauche, le noyau résultant de la ligature est à peine apparent. L'ancienne induration a disparu.

21. On cesse les cataplasmes, et on prescrit des frictions avec l'onguent mercuriel.

25. Nulle douleur, diminution de moitié; le scrotum n'est plus rouge. Le malade est constipé, il a une éruption aphtheuse à la bouche. — Eau de Sedlitz, gargarismes alumineux, frictions.

30. La résolution marche bien; la tumeur a le volume d'une noisette; le malade a des maux de tête tenaces. — Petite saignée, frictions. Le malade a marché sans que le cordon ait gonflé, mais celui-ci est encore gros et un peu consistant en bas.

Aujourd'hui la guérison est complète, et le fait offre ceci de bien curieux qu'une induration très ancienne a disparu par suite de la ligature des veines du cordon, sans que l'on puisse trouver d'explication satisfaisante à un pareil phénomène.

Chute, accidens divers, par l'effet de l'inspiration du gaz à éclairer.

(Clinique de Strasbourg. Service de M. le professeur Sédillot.)

Les deux observations suivantes, extraites de la *Gazette médicale de Strasbourg*, sont intéressantes sous le rapport chirurgical, mais plus encore au point de vue de l'hygiène publique. Il est singulier qu'à ce dernier égard, elles n'aient pas eu plus de retentissement dans la presse médicale ou autre.

I. Burgard, Michel, âgé de trente-six-ans, petit, trapu, de forte constitution, de tempérament sanguin, ayant toujours joui d'une bonne santé, était employé depuis plus de deux ans aux travaux de l'usine à gaz pour l'éclairage.

Le 9 janvier, vers une heure de l'après-midi, il se rendit à la rue des Arcades pour remettre en état un bec à gaz, qui la veille n'avait pas donné. Monté sur son échelle à la hauteur des lanternes, qui est de 4 mètres au-

dessus du sol, il se mit en devoir de souffler dans le conduit pour reconnaître s'il était bouché, et s'assura qu'il n'y avait aucune oblitération. Il fallait alors aspirer fortement le gaz pour le faire monter et en remplir le tuyau. Cet ouvrier avait déjà fait plusieurs fois cette manœuvre, sans en éprouver d'autre incommodité qu'un léger vertige promptement dissipé. Il s'était cependant par précaution cramponné au support du bec. Mais à peine eut-il aspiré le gaz qu'il se sentit défaillir; il retira aussitôt la tête de la lanterne, essaya en vain de se retenir : il tomba lourdement sans connaissance, la tête la première, sur le sol. Au bout de dix minutes, il revint à lui, accusant une vive douleur dans le côté droit de la poitrine. Du sang s'écoulait en assez grande quantité par une plaie au crâne ; on le transporta immédiatement à l'hôpital, où nous constatâmes l'état suivant :

La face était bleuâtre ainsi que les oreilles, les extrémités froides; le pouls lent, assez faible; la respiration libre, l'intelligence entière ; cependant le blessé était dans un état d'agitation marquée; il gémissait continuellement et accusait au moindre mouvement une vive douleur dans la poitrine, particulièrement du côté droit. Il ne pouvait se soutenir sur ses jambes, tremblait de tous ses membres, et se plaignait d'un vif sentiment de froid.

Au côté gauche du crâne, à $0^{m},05$ 10, au-dessus du sommet de l'oreille, existait une plaie horizontale de $0^{m},05$ de longueur, mâchée à son extrémité postérieure, et comprenant toute l'épaisseur des tégumens jusqu'aux os qui étaient à nu. Le décollement s'était opéré dans l'étendue de $0^{m},06$ carrés. En soulevant la lèvre inférieure de la plaie, nous aperçûmes un enfoncement peu profond de la surface du pariétal, limité en haut par une ligne courbe, parallèle à la plaie et longue de $0^{m},02$; le stylet ne rencontra aucune pièce mobile : nous diagnostiquâmes un enfoncement de la table externe du crâne. La poitrine présentait sur la quatrième côte à droite, à son tiers antérieur, une tumeur ovalaire de $0^{m},03$ de longueur, très douloureuse au toucher, sans changement de couleur à la peau ; mais la palpation des côtes n'indiqua point de fracture. Il n'y avait ni toux ni crachement de sang ; un léger épistaxis avait eu lieu : endolorissement général du thorax ; rien de particulier à l'auscultation.

Une saignée de 500 grammes rendit à la face une teinte moins livide; le pouls se releva un peu, et je pratiquai, au moyen de trois épingles, la suture entortillée des deux tiers postérieurs de la plaie, qui furent affrontés mollement. Le tiers antérieur fut réuni au moyen d'une bandelette agglutinative. Applications froides sur la tête ; 20 sangsues sur le point douloureux de la

poitrine; un litre de tisane émétisée, contenant o g., o5 de tartre stibié. Dans la soirée, vomissement des alimens pris au repas de midi avant la blessure; insomnie. Vers minuit la douleur dans le côté diminue beaucoup et la respiration devient plus facile.

Le lendemain 10, douleur rapportée à la plaie du crâne, tuméfaction. Demi-somnolence, face rouge foncé, chaleur à la tête, pouls plus plein qu'hier, toujours lent; intelligence saine (12 sangsues derrière les oreilles, même prescription qu'hier). A quatre heures, même injection de la face (10 nouvelles sangsues). Le malade n'a encore rendu ni urine ni matières fécales; nuit pénible, rêvasserie.

Le 11, même état que la veille, pouls toujours lent, justesse, mais lenteur des réponses; a uriné, mais pas de selles (saignée de 400 grammes; lavement laxatif, deux litres de tisane émétisée). Deux selles dans la journée; quelques nausées vers le soir; nuit agitée sans sommeil.

Le 12, douleur vive dans la région cervicale gauche à sa partie postérieure et supérieure; pas de tuméfaction, pas de rougeur. La douleur n'augmentait pas par la pression; elle existait déjà les jours précédens, mais à un moindre degré (15 sangsues appliquées au point douloureux la font disparaître; mêmes prescriptions). La tumeur qui existait à la plaie du crâne et qui faisait toujours souffrir le malade, était fluctuante, et en écartant avec un stylet les bords de la plaie déjà en partie réunis, il s'en écoula un pus clair et assez abondant. Le pouls était toujours lent, assez vibrant; la face moins injectée exprimait la souffrance mêlée à une sorte de stupeur; faiblesse générale.

Le 13, pendant la nuit, le malade a éprouvé une vive douleur de tête (12 sangsues derrière les oreilles). Le matin, céphalalgie frontale, pouls à 72. Libre écoulement du pus par la plaie du crâne (20 sangsues furent posées aux tempes par application continue de quatre en quatre; bouillon de veau).

Dans la journée deux selles un peu claires; deux vomissemens de matières bilieuses, provoqués par un litre de tisane contenant, par erreur, 0,10 de tartre stibié au lieu de 0,05.

Le 14, *amélioration sensible;* le malade a dormi; la céphalalgie a beaucoup diminué (tisane émétisée, deux litres).

Une forte selle dans la journée; nuit excellente.

Le 15, toute douleur a disparu. Depuis ce moment jusqu'au 25 janvier, jour où le malade quitta l'hôpital, la guérison fit de rapides progrès et se compléta. La plaie et la tumeur du crâne disparurent, les forces se rétablirent, et à sa sortie, Burgard était en état de reprendre ses occupations habituelles; il

ne conservait qu'un peu de gêne dans les mouvemens d'ampliation forcée du thorax.

II. Ziegler, Jacob, âgé de trente-sept ans, grand, maigre, tempérament bilioso-nerveux, n'ayant jamais eu de maladie ou d'accident grave, alla, le 12 février dans l'après-midi, examiner près du théâtre un bec à gaz qu'il n'avait pu allumer la veille. Il reconnut, en y soufflant, que le tube était bouché, descendit de l'échelle, perfora le conduit à une petite distance au-dessus du sol, y versa de l'alcool pour dissoudre les matières déposées qui formaient obstacle, puis remonta sur l'échelle pour s'assurer, en aspirant le gaz, que le tuyau de conduite était redevenu libre. Jamais encore il n'avait fait cette opération, mais prévenu du danger par l'accident arrivé à son camarade, il se cramponna fortement du bras droit au support en fer de la lanterne. Une première aspiration fut sans résultat; il en fit une seconde, et à l'instant même tomba d'une hauteur de 4 mètres sur le pavé, comme véritablement foudroyé. Le côté gauche du tronc avait seul frappé le sol. Au bout de trois quarts d'heure Ziegler revint à lui, il se plaignit de douleur vive au côté. On le transporta à l'hôpital, et voici l'état qu'il offrait deux heures après la chute : aspect défait, abattu, teinte pâle, terreuse de la face, yeux mornes; pouls faible et lent; respiration facile; intelligence très saine, réponses justes mais lentes; état d'engourdissement profond; membres froids, frisson, tremblement. Le malade n'accusait de douleur que dans le côté gauche du thorax devenu très sensible à la pression; point de crépitation des côtes, point d'ecchymose. La marche pouvait s'effectuer, quoique lentement, sans le secours d'un aide; chaque mouvement du tronc ou du bassin occasionait de la douleur dans le côté gauche de la poitrine. Je vis le malade le soir, et je lui fis appliquer 20 sangsues sur le point contus; cataplasme; limonade citrique. Le lendemain 13, le malade n'avait point dormi; même état (cataplasme et limonade). Le 14, il avait eu trois heures de sommeil, souffrait moins. Même apparence de torpeur, teint terreux, yeux ternes; lenteur de toutes les fonctions; pouls à 60, faible. Constipation depuis son entrée à l'hôpital (même prescription, bouillon de veau). Un lavement purgatif prescrit ne fut pas donné, le malade ayant eu deux selles. Le 15, Ziegler se mettait avec peine sur son séant; il restait couché sur le dos, mais remuait facilement, quoique lentement, ses membres (emplâtre de Vigo sur le côté; lavement émollient; deux soupes). Le 16, mieux marqué; quart de ration; garde-robe spontanée. Le 17, pouls à 66 (bouteille d'eau de Sedlitz), plusieurs évacuations. Le 18, intelligence plus vive, regard un peu plus animé. Le 19, bain; infusion de tilleul. Le 20, il

s'était levé les jours précédens, il quitta l'hôpital; les yeux étaient encore ternes; toutes les fonctions s'exécutaient lentement, et il restait un léger sentiment de douleur dans le côté droit.

Observations sur l'emploi du tannin dans les hémorrhagies utérines, par M. Dumars.

L'histoire médicale du tannin est peu avancée. C'est ce que constatent MM. Trousseau et Pidoux, dans leur traité de thérapeutique et de matière médicale. Aussi, croyons-nous devoir reproduire les observations suivantes, qui font partie d'un travail publié par M. Dumars, dans le *Journal de la Société de Médecine pratique de Montpellier*.

Première observation. Une jeune personne, réglée à 16 ans, est arrivée à 21 ans sans éprouver de dérangement dans ses fonctions menstruelles. Son caractère est vif, emporté, son tempérament nervoso-sanguin, et ses mœurs irréprochables. Tout-à-coup ses règles ont coulé avec une abondance inusitée et se sont présentées deux fois le mois; ceci durait depuis huit mois, et la dernière hémorrhagie l'ayant mise dans un état de faiblesse extrême, elle me fit appeler.

J'appris que la perte durait depuis dix heures, la malade éprouvait de vives douleurs autour des lombes, et un sentiment pénible de constriction à l'abdomen : tension et tuméfaction des hypochondres, pouls très fréquent, face pâle, membres glacés; la faiblesse était si grande que le sujet pouvait à peine parler.

Prescription : Tannin, 7 centigr., extrait gommeux d'opium, 5 centigr., conserve de rose, q. s. pour 30 pilules.

Ces pilules furent administrées *une* par heure, délayées dans un verre de limonade, la malade n'ayant pas la force de les prendre autrement; à la septième, l'hémorrhagie s'arrêta. On les continua, mais de trois en trois heures, puis de quatre en quatre heures, jusqu'à la fin. Depuis, la personne a été parfaitement réglée.

Deuxième observation. Je fus appelé pour une femme de 25 ans, grosse de trois mois, qui, voyageant en charrette, fut prise d'une violente colique, à la suite de laquelle survint une perte tellement abondante qu'on craignait à chaque instant de la voir expirer.

Malgré la vigueur de sa constitution, elle avait perdu connaissance. Une

sage-femme tamponna le vagin et appliqua des linges imbibés d'eau vinaigrée sur l'abdomen et les cuisses, mais inutilement. A mon arrivée, la syncope durait encore et était complète, et je remarquai tous les signes d'une mort prochaine.

Une potion tonique, des serviettes chaudes sur tout le corps, la ranimèrent un peu, sans que cependant la malade pût reconnaître les amis qui l'entouraient; pendant ce temps l'hémorrhagie continuait et le tampon fut chassé.

Prescription : Tannin, 2 grammes, extrait gommeux d'opium, 5 centigr., conserve de rose s. q. pour 22 pilules.

La malade en prit une par heure, elle s'endormit à la *sixième*, et à son réveil, trois heures après, la perte était presque arrêtée. Le lendemain, plus d'hémorrhagie. Les pilules furent achevées, à la dose d'une, chaque 3 heures. J'ai pu ainsi conserver la mère et son produit; car cette femme est actuellement grosse de six mois et sent très bien les mouvemens de l'enfant.

Troisième observation. Une femme de 27 ans consulta un médecin pour une vive démangeaison à la peau, accompagnée de taches d'un rouge vif sur tout le corps, et particulièrement aux cuisses et à l'abdomen; elle ajouta qu'elle se croyait grosse de deux mois.

Nonobstant cette déclaration, on pratiqua sur-le-champ une large saignée du bras qui fit presque tomber le sujet en syncope. Le soir même, il survint des coliques affreuses et une fausse couche se déclara. Deux heures après l'expulsion du germe, le sang s'écoula en grande abondance; les moyens ordinaires, y compris le tamponnement, ne purent rien pour l'arrêter.

Même prescription que dans l'observation précédente; l'hémorrhagie ne cessa qu'à la 12e pilule.

Quatrième observation. Mlle.***, enceinte de six mois, est d'une constitution frêle et délicate ; à la suite d'une vive émotion, elle éprouve une forte perte de sang et tombe en syncope.

A mon arrivée, je la trouvai dans l'état le plus affligeant : ventre dur, ballonné, peau glacée, face pâle, bouche béante, pouls ne donnant que de faibles pulsations et par intervalles.

Ayant pratiqué le toucher, le col me parut dilaté de 6 centimètres; je crus la fausse couche imminente, et comme le sang coulait avec abondance, il n'y avait pas de temps à perdre, et j'essayai d'abord l'injection suivante :

Mettez dans un demi-litre d'eau bouillante un gros de tannin à infuser pendant dix minutes.

Cette injection fut très lentement poussée à l'aide d'une seringue *ad hoc.* Je rapprochai les cuisses et les fixai dans cette position avec une serviette

médiocrement serrée ; un oreiller convenablement placé maintint les membres inférieurs dans la flexion.

Je fis placer des serviettes chaudes sur tout le corps et prescrivis la potion suivante :

℞. Eau de cerises noires, 96 gramm., de fleurs d'oranger, 16 gramm., de tilleul, 48 gramm., tannin pur, 60 centigr., sirop de diacode, 48 gramm.

A prendre par cuillerées de demi-heure en demi-heure.

On fut obligé de se servir d'un entonnoir pour favoriser la déglutition. Après 3 heures, Mlle.*** ouvrit les yeux. Bouillon de viande par cuillerées.

La chaleur étant revenue et le pouls développé, on cessa l'application des serviettes chaudes.

Ecartant alors les cuisses avec précaution, je vis que la perte était à-peu-près arrêtée ; la potion fut continuée jusqu'à la fin. La malade ne reprit tout-à-fait ses sens que 24 heures après l'événement, elle se plaignit d'une grande fatigue, et accusa de fortes douleurs à l'occiput. Le traitement fut continué à l'aide du repos et d'une diète appropriée.

Je m'assurai que le col utérin était fermé, et qu'il ne s'en écoulait pas une seule goutte de sang.

Bientôt après, les mouvemens de l'enfant furent sentis, ce qui rassura complétement pour l'avenir.

Effectivement, la grossesse est parvenue à son terme, et l'accouchement a été des plus heureux.

Cinquième observation. D'un tempérament nervoso-sanguin, d'un caractère violent, Mme ***, après un accouchement qui nécessita la version de l'enfant, fut prise d'une perte de sang qui la plongea bientôt dans un de ces états alarmans que j'ai eu occasion de décrire.

Potion anti-spasmodique, sinapismes, applications sur l'abdomen de linges trempés dans l'eau vinaigrée. Après quatre heures de syncope, la malade revient comme par enchantement.

Sans cause connue, une nouvelle hémorrhagie se déclare au bout de quinze jours : mêmes alarmes, mêmes moyens, guérison aussi prompte.

Quinze jours après, nouvelle métrorrhagie : pendant la nuit, le malade était littéralement noyée dans son sang ; cette fois, les moyens qui avaient procuré un double succès, échouèrent ; il fallut en venir aux pilules de tannin, suivant la formule déjà indiquée... A la 8e pilule, le sang ne coulait plus.

Voilà quatre mois écoulés, et Mme *** n'a plus eu de pertes.

Elle est réglée, mais faiblement, et perd en blanc pendant quatre jours, ce

qui, du reste, est sa manière habituelle. Sa santé qui a été fort altérée par de si graves événemens s'améliore tous les jours.

Mémoire sur le traitement des tumeurs érectiles, par M. A. Bérard. (*Gazette médicale* d'octobre 1841.)

La guérison d'une tumeur érectile s'obtient de deux façons : tantôt en détruisant le tissu accidentel, tantôt en modifiant l'organisation de ce tissu, qui se transforme en tissu cellulo-fibreux. Dans quelques cas on atteint le but en combinant ces deux actions, c'est-à-dire qu'on détruit une partie de la tumeur, tandis qu'on opère la transformation du reste. Le procédé par destruction convient généralement aux tumeurs superficielles. M. Bérard adopte à cet égard l'opinion de M. Velpeau. Le procédé par transformation s'applique plus particulièrement aux tumeurs étendues en profondeur, occupant, par exemple, toute l'épaisseur des joues ou des lèvres. Les tumeurs érectiles capillaires étant le plus souvent superficielles, c'est à elles surtout qu'est applicable le procédé par destruction. De tous les moyens que l'art possède pour opérer la destruction de ces tumeurs, le meilleur, le plus sûr, le moins dangereux, le plus facile à mettre en usage, est, suivant l'auteur, la cautérisation avec le caustique de Vienne.

Il a employé ce moyen plus de trente fois contre des tumeurs capillaires, et il dit en avoir retiré constamment les effets les plus avantageux.

« Voici comment il faut procéder à son application. La poudre de Vienne (composée de chaux et de potasse caustique), préparée d'après la nouvelle édition du Codex, est délayée peu-à-peu avec de l'alcool rectifié, et amenée à l'état d'une pâte molle, parfaitement liée et homogène. La région malade

est disposée de telle sorte que la tumeur en soit la partie la plus élevée, afin que la pâte y soit plus facilement appliquée et qu'elle ait moins de tendance à glisser. S'il y a quelque organe important dans le voisinage, l'œil, par exemple, il est bon de le protéger en le recouvrant d'un morceau de diachylon. Quelques personnes cernent dans tous les cas la tumeur avec cette substance emplastique, qui offre un trou dans le centre pour laisser passer seulement la partie qui doit être cautérisée. Cette précaution, très rationnelle en apparence, peut laisser manquer le but; pour peu que l'emplâtre n'adhère pas parfaitement dans tous les points du contour de la tumeur, quelques parties de la pâte, plus molles ou délayées par le sang, peuvent glisser entre l'emplâtre et la peau voisine, et causer des ravages d'autant plus grands, que le diachylon cache à la vue les tissus que le caustique désorganise; c'est pourquoi je préfère ne mettre aucune plaque de sparadrap sur la peau au voisinage de la tumeur.

« Si l'on a affaire à un enfant, il est important de le maintenir assujetti, afin que la pâte ne soit dérangée ni par les mouvemens de la partie, ni par les mains du malade.

« La pâte est appliquée à l'aide d'une spatule ou d'un couteau. La largeur et l'épaisseur de la couche varient selon le volume et l'étendue de la tumeur. En général, il suffit de recouvrir le tissu malade jusqu'à deux ou trois millimètres de sa circonférence exclusivement. La portion de tumeur que la pâte laisse à découvert n'en est pas moins cautérisée par suite d'une sorte d'imbibition de l'alcool potassié dans les tissus, ce qui étend son action à quelque distance du lieu où s'arrête le mélange caustique. Pendant que la pâte est appliquée, on voit quelquefois s'échapper un peu de sang qui passe à travers la couche du caustique, se coagule impar-

faitement et tend à couler vers la circonférence de la tumeur, entraînant avec lui de la pâte délayée. Pour empêcher que la cautérisation ne soit, par suite de cet accident, étendue à des parties saines, il faut de suite enlever ce qui s'écoule à la circonférence à l'aide de la spatule ou de petits bourdonnets de coton. Il est rare que le sang vienne avec assez d'abondance pour entraîner la pâte avec lui. Cependant, si cet écoulement avait lieu, on devrait de suite enlever le caustique, dont l'action ne pourrait plus être convenablement dirigée. Le seul inconvénient qui en résulte est la production d'une eschare trop superficielle et la nécessité de recourir à de nouvelles cautérisations.

« Au bout de cinq à dix minutes d'application on ôte définitivement la pâte en passant légèrement le bord de la spatule sur l'eschare produite; et, pour ne laisser aucune parcelle de caustique, on lave la partie avec l'eau vinaigrée. L'acide acétique se combine avec les bases alcalines de la pâte de Vienne et forme des acétates sans action sur la peau.

« Il arrive parfois, quelque soin que l'on prenne pour détacher le caustique, que la surface cautérisée s'entr'ouvre en quelques points et laisse de suite écouler du sang en assez grande abondance, pour qu'au premier abord on ait lieu de redouter une hémorrhagie. Mais je n'ai jamais vu cet accident devenir grave, et il m'a toujours été facile d'arrêter immédiatement l'écoulement du sang, en plaçant sur l'eschare soit une plaque de diachylon, soit une compresse mouillée, et en exerçant à la surface une légère compression avec les doigts.

« L'action du caustique ne paraît pas très douloureuse; il survient, dans les instans qui suivent son application, une rougeur plus ou moins vive aux environs de la tumeur, ac-

compagnée d'un léger gonflement. Ces symptômes disparaissent au bout de quelques heures, et voici alors ce que l'on observe : la tumeur érectile a entièrement perdu son aspect, elle est remplacée par une eschare bien moins élevée que n'était la masse morbide. Lorsque cette eschare est laissée exposée au contact de l'air, elle devient bientôt noire et très dure; elle reste molle si on la tient couverte soit avec un corps gras, soit avec un morceau de diachylon. Son élimination est beaucoup moins prompte dans le premier cas que dans le second. Quand elle est enfin détachée, la surface qu'elle laisse à découvert est formée par des bourgeons vasculaires analogues à ceux des plaies qui suppurent.

« Lorsque la tumeur est peu épaisse, une seule application de la pâte suffit pour la détruire en totalité; dans le cas contraire, la base du mal n'est pas comprise dans l'eschare, et l'on reconnaît, à travers la membrane des bourgeons vasculaires, la présence du tissu érectile à la couleur plus foncée, à l'aspect plus vasculaire des bourgeons charnus. Si la couche de tissu morbide semble peu épaisse, on peut l'abandonner à elle-même. A mesure que la cicatrisation s'opère on voit peu-à-peu les bourgeons s'affaisser, prendre une couleur vermeille, comme dans les plaies simples qui suppurent, et la simple application du nitrate d'argent suffit pour les réduire.

« Mais, pour peu que les restes de la tumeur semblent disposés à persister ou à prendre un nouvel accroissement, on doit faire une seconde application de la pâte de Vienne. Cette seconde cautérisation peut être faite dès que l'eschare est détachée et pendant que la plaie suppure, ou bien lorsque celle-ci est entièrement cicatrisée. Je préfère en général attendre la guérison entière de la plaie, ce qui a lieu dans l'espace de quinze jours à trois semaines, pour faire une nou-

velle cautérisation, à moins que ce qui reste de la tumeur ne fasse de suite de rapides progrès dans sa reproduction.

« A cela près de l'écoulement du sang dont j'ai parlé, je n'ai jamais vu d'accidens soit primitifs, soit consécutifs, résulter de l'emploi du caustique de Vienne.

« Lorsque la cure définitive est obtenue, il reste à la place de la tumeur érectile une cicatrice blanche, unie, un peu moins large que n'était la tumeur, et qui est de niveau avec les tégumens voisins. »

Tel est le mode de traitement qui, d'après ce que nous avons dit plus haut, a procuré à M. Bérard un assez grand nombre de succès. Nous nous demandons cependant en quoi l'application de la pâte de Vienne peut l'emporter sur la cautérisation avec la potasse caustique, telle qu'elle est indiquée dans l'ouvrage de M. Velpeau (t. III, p. 42). Ce dernier mode de cautérisation nous semble même beaucoup plus simple. L'application est plus rapidement opérée, puisque le crayon de potasse est porté sur la tumeur à la manière du nitrate d'argent. Au surplus, une méthode qui compte plus de trente succès mérite considération, et nous ne prétendons pas avoir tranché la question.

Voici une autre méthode de traitement des tumeurs érectiles. Laissons parler M. Bérard.

« Voulant à tout prix provoquer une inflammation violente dans les divers points d'une tumeur érectile, je pensai qu'il serait possible d'utiliser les trous faits par les épingles, en injectant dans plusieurs d'entre eux une liqueur irritante et même caustique. Pour atteindre ce but, je fis faire un siphon en platine, ayant le volume et la longueur d'une grosse épingle, creux à son intérieur, évasé par une de ses extrémités pour s'adapter à une seringue de verre.

« Voici maintenant comment on agit et quels sont les effets de ce traitement : il faut enfoncer dans la tumeur un certain nombre d'épingles. Six, huit, dix ou douze, selon le volume de la tumeur.

« Il faut employer des épingles d'un fort calibre, afin que le siphon pénètre aisément dans le trou qu'elles font à travers le tissu morbide. Au bout de cinq à six jours, les épingles sont retirées, et l'on pousse immédiatement dans chacun des trajets qu'elles se sont creusés une injection irritante. Il est très facile de faire pénétrer le siphon de platine dans le fond du canal, creusé par l'aiguille. On reconnaît, à la sortie du liquide, entre le siphon et l'orifice du trou, que la liqueur a parcouru tout le canal.

« Le liquide dont je me suis servi est le nitrate acide de mercure. Une douleur vive accompagne et suit immédiatement l'injection. La tumeur et les parties voisines ne tardent pas à se tuméfier considérablement ; la peau devient rouge, chaude, les battemens s'accroissent dans la tumeur et dans les environs ; ce sont les battemens artériels qu'on observe dans le phlegmon. Au bout de quelques jours, cette inflammation se termine par suppuration, et l'on voit sortir le pus soit par les trous, soit par des ouvertures spontanées. Pendant ce temps, plusieurs points durs se forment dans la tumeur, les vaisseaux érectiles disparaissent, et il reste un noyau d'induration, dont la résolution se fait long-temps attendre.

« Il est rare qu'une seule application d'épingles suffise pour arriver à la guérison. Presque toujours il reste des points suspects dans lesquels on est obligé d'enfoncer de nouvelles épingles et de pousser de nouvelles injections. Tantôt j'ai procédé en mettant à-la-fois un certain nombre d'aiguilles

que je retirais toutes le même jour, faisant ainsi deux ou trois applications séparées par des intervalles de temps, pendant lesquels la tumeur restait sans épingles; tantôt, au contraire, j'enfonçais ces corps étrangers dans certains points, à mesure que j'en retirais des autres, de telle sorte qu'il y en avait toujours plusieurs implantés dans la tumeur.»

Cette méthode ne diffère pas, en principe, de celle qui consiste à introduire dans la tumeur des aiguilles rougies au feu. Elle offre des dangers graves que son auteur, le premier, a fait connaître avec une entière franchise. Ces dangers consistent: 1° dans la possibilité de la gangrène, qui, si elle se bornait à la tumeur, comme le fait très bien remarquer M. Bérard, ne serait pas un inconvénient, mais qui peut s'étendre aux tissus sains; 2° dans le développement d'accidens généraux très inquiétans. Ces accidens pourraient, d'après M. Bérard, tenir à la nature du liquide injecté (le nitrate acide de mercure), et il serait possible de les prévenir en employant un autre caustique; M. Bérard n'a point fait d'essais à cet égard. Voici une observation qui fait partie du mémoire de M. Bérard, et d'après laquelle on pourra se faire une idée des accidens que la méthode par les injections est susceptible de produire.

Mademoiselle ***, âgée de 12 ans, porte à la lèvre inférieure une tumeur érectile veineuse, qui en occupe toute l'épaisseur dans les deux tiers environ de sa longueur.

J'enfonçai dix épingles dans la tumeur, du bord libre vers le bord adhérent de la lèvre, de telle sorte, que leur pointe était perdue dans l'épaisseur de la lèvre et ne faisait pas saillie dans la bouche. Le lendemain, il y a du gonflement, un peu de dureté et une teinte un peu plus foncée de la tumeur. Au bout de trois jours, les épingles furent retirées, et à mesure j'injectai du nitrate acide de mercure dans chacun des trous. Cette opération produisit de

vives douleurs. L'injection, poussée par un trou, revint par plusieurs autres, ce qui prouve qu'il s'était établi entre eux des communications, ou qu'au moment même de l'injection, la liqueur s'est infiltrée dans le tissu érectile.

Le gonflement et la dureté devinrent de suite plus prononcés. Le malade a de la peine à ouvrir les mâchoires; elle est, dans la journée, en proie à une fièvre violente; des vomissemens opiniâtres surviennent le soir. Pendant la nuit, la malade éprouve du délire. Le lendemain, je la trouve pâle, le pouls petit, fréquent; douleurs à l'estomac, prostration extrême; la lèvre est excessivement douloureuse; sur son bord libre existe une zone gangréneuse d'environ 15 mill. de diamètre; le reste de la lèvre présente une teinte livide.

Je fis administrer du vin et du lait pour relever les forces. La malade fit un usage fréquent de gargarismes chlorurés. La nuit fut meilleure que la précédente; les accidens de la veille ne reparurent plus. Quant aux phénomènes locaux, voici ce qu'on a observé. Des eschares peu profondes occupent le bord libre de la lèvre; l'une d'elles s'étend vers la face antérieure de cet organe. Le menton est rouge, les ganglions sous-maxillaires engorgés. La totalité de la tumeur est très dure dans toutes ses parties.

Dans les jours suivans, on vit aussi apparaître une plaque grise, de la largeur de l'ongle, sur la face postérieure de la lèvre. L'eschare centrale est dure comme du bois; le reste est également induré, quoique moins que l'eschare. La couleur est moins rosée que celle des autres parties de la lèvre. Tout-à-fait en dehors, l'aspect est un peu moins satisfaisant, et l'on ne saurait dire si le tissu érectile a entièrement disparu.

Lorsque l'eschare fut entièrement éliminée, il en résulta une perforation de la lèvre, d'environ un centimètre de diamètre, plus large du côté de la peau que la membrane muqueuse. Cette perforation diminua peu-à-peu d'étendue; son contour fut de temps en temps cautérisé avec le nitrate d'argent, et elle finit par s'oblitérer entièrement au bout d'un mois.

Le volume de la lèvre a considérablement diminué, et lorsque les plaies, résultant de la chute des eschares furent cicatrisées, la lèvre resta plus petite que du côté opposé; néanmoins, la difformité est à peine sensible, et tout le tissu érectile a disparu, si ce n'est un petit noyau qui occupe le bord libre de la lèvre. Une injection, poussée à travers le trou d'une seule épingle, sembla en avoir provoqué la disparition; néanmoins, deux mois après, la petite tumeur avait reparu. J'eus alors recours au caustique de Vienne, qui en procura la guérison complète.

M. Bérard a expérimenté un autre procédé; mais ici ce chirurgien distingué s'est trouvé en défaut pour les indications historiques. Ainsi, ce n'est point lui qui a eu l'idée de modifier la méthode de Macilwain, en multipliant les sétons, au lieu de n'en passer qu'un au travers de la tumeur. M. Velpeau, le premier, a indiqué cette méthode opératoire dans son *Traité de médecine opératoire*, et l'a même décrite assez longuement. Voici en quels termes: « Avec une aiguille simple et droite, s'il s'agit d'une petite tumeur extérieure; une aiguille en fer de lance courbée près de la pointe pour les tumeurs d'un certain diamètre, une aiguille courbe ordinaire dans les cas de tumeurs sous-cutanées ou qui se trouvent dans quelque excavation profonde, je passe trois, six, dix, quinze ou vingt fils dans toutes les directions de la tumeur, de manière à l'en cribler sur tous les points. J'ai soin que chacun des points du fil représente une grande anse libre que l'on coupe ensuite par le milieu. Les deux bouts de chaque séton correspondant étant liés en autant de cercles faciles à faire tourner dans la tumeur, la portion libre de tous ces anneaux, fixés par en haut au moyen d'une plaque de diachylon, en est séparée le lendemain pour que le chirurgien puisse leur imprimer un mouvement de va-et-vient et les faire glisser chacun dans le point de la tumeur qu'il a traversé. On recommence ainsi chaque jour jusqu'à ce que toute la masse sanguine soit vivement enflammée ce qui arrive vers la fin de la première ou de la seconde semaine. J'enlève alors tous les fils, et l'emploi de topiques, d'abord émolliens, puis résolutifs, suffit pour enlever le mouvement inflammatoire qu'ils ont déterminé. Lorsque la tumeur n'est plus chaude ni douloureuse, ou qu'elle cesse de diminuer, s'il reste encore dans son épais-

seur des plaques spongieuses qui ne paraissent point oblitérées, on la traverse de nouveau dans toutes les directions possibles avec une autre série de sétons.

« Il peut être utile de revenir ainsi quatre ou cinq fois à la charge. Chaque séton n'ayant d'autre effet que de transformer en tissu compacte le trajet qu'il a parcouru, on devine tout d'abord qu'il peut être utile d'en passer successivement un nombre infini au travers de certaines tumeurs érectiles, et que le succès ne sera point complet, tant que les fils auront épargné le moindre lobule de la production sanguine. » (T. III, p. 50 et 51.)

On va voir que la manière d'agir de M. Bérard diffère de celle de M. Velpeau par quelques détails, mais non pas suffisamment pour constituer un procédé à part. Au surplus, tout se lie dans les procédés qui composent une méthode, et si celui de M. Bérard ne diffère pas essentiellement de celui de M. Velpeau, il en est de même de celui de M. Velpeau par rapport à celui de Macilwain.

« Voici, dit M. Bérard, comment je procède : avec une aiguille, armée d'un fil double, je traverse la tumeur d'un côté à l'autre, en me rapprochant, autant que possible, de sa base ; je place ainsi plusieurs fils parallèles les uns aux autres, et séparés par un intervalle de 4 à 5 millimètres environ. Les fils les plus excentriques doivent atteindre les dernières limites de la tumeur. Les anses de chaque séton restent pendantes du même côté. Au bout de deux ou trois jours, lorsque déjà le trajet qui parcourt les fils est un peu agrandi, je me sers des anses des sétons pour conduire à travers la tumeur un fil plus gros que les précédens, et disposé de telle sorte qu'il offre d'un côté une série d'anses qui embrassent les intervalles de chacun des trous formés par les premiers sétons,

et du côté opposé des bouts qui sont noués ensemble sur un morceau de bois ou de bougie élastique; de la sorte, la base de la tumeur est étranglée dans toute son étendue, et le tissu qui est au-devant des fils, ainsi que la peau qui le recouvre, ne reçoivent plus de sang que par la petite portion de la tumeur et des tégumens qui se trouvent aux deux extrémités de la série des sétons. Cette circonstance suffit pour prévenir la mortification entière de la tumeur : elle prévient aussi les inconvéniens qui résulteraient d'une trop grande perte de substance; elle permet de ménager la peau dont l'aspect est toujours préférable à celui d'une cicatrice. Voici, du reste, ce qu'on observe : la tumeur se gonfle dans les premiers jours; elle devient chaude, douloureuse, et prend une teinte livide. Bientôt les anses des sétons divisent la peau qui sépare chacun des trous, et les fils s'enfoncent entièrement dans la tumeur; ils se relâchent, et l'on est obligé de resserrer le nœud qui a été fait sur le corps étranger. A la place des trous, il se fait une sorte de fente de plus en plus profonde, dans le fond de laquelle se rencontrent les anses des sétons. Pendant ce temps, du pus s'écoule en abondance par les trous qui répondent aux nœuds, par la fente qui répond aux anses. Quelquefois un ou plusieurs abcès se forment dans l'épaisseur de la tumeur et se font jour du côté de la peau.

« Lorsque les sétons ont entièrement coupé les parties qu'ils embrassaient, il existe alors un pont formé par la tumeur et la peau, séparé des parties sous-jacentes par la plaie faite par les sétons, et ne tenant au reste du corps que par les deux extrémités laissées en dehors des fils. Bientôt le pont se recolle sur les tissus profonds ; les ulcères se ferment, et il ne reste que deux cicatrices linéaires longitudinales, pa-

rallèles, situées vers les ouvertures d'entrée et de sortie des fils.

« Pendant tout ce temps, le tissu érectile subit les transformations indiquées par M. Lallemand ; ses vaisseaux s'oblitèrent ; la tumeur prend une couleur semblable à celle de la peau voisine ; elle s'affaisse et finit par se mettre de niveau avec les autres parties. »

Dans quelques cas il devient nécessaire, après l'opération qui a amené la transformation de la tumeur érectile, d'en pratiquer une autre, comme on le voit dans les deux dernières observations du mémoire de M. Bérard, dans lesquelles ce chirurgien fut obligé d'exciser une portion restée hypertrophiée de la lèvre.

Nous nous sommes demandé si les accidens généraux observés à la suite de l'injection du nitrate acide de mercure dans les tumeurs érectiles ne dépendaient pas de ce que le liquide injecté passait en partie dans le système veineux. Nous ne nous cachons pas toutefois que la violente irritation dont la tumeur devient le siége à la suite de l'injection, suffirait pour expliquer le développement de ces accidens.

Nous avons rapporté, dans notre numéro de février 1842 (t. IV, p. 222), deux observations d'extirpation de tumeurs érectiles à l'aide de l'instrument tranchant. De telles opérations sont capables d'effrayer, à cause de l'hémorrhagie extrêmement abondante qui peut suivre. A la vérité, l'affrontement immédiat des lèvres de la plaie au moyen de la suture, constituerait un moyen hémostatique d'une efficacité supposable. Dans des cas où l'action chirurgicale serait commandée par une hémorrhagie spontanée, résultant du développement naturel de la tumeur, la cautérisation avec le fer chauffé à blanc serait peut-être préférable à l'extirpation. Elle aurait

pour effet actuel l'arrêt de l'hémorrhagie, et pour effet consécutif la transformation possible du tissu vasculaire anormal. Si la tumeur était peu développée, et que l'on pût la soulever, on pourrait mettre en usage un procédé avantageusement employé par M. Velpeau dans d'autres cas. Il consisterait à passer des fils au-dessous de la tumeur, qui serait enlevée; après quoi, les extrémités des fils seraient nouées, de manière à constituer une suture à points séparés. La plaie serait ainsi immédiatement réunie, et la cicatrice à peine apparente. C'est un procédé que nous nous bornons à indiquer, sans nous cacher que dans les cas auxquels il serait applicable, d'autres moyens, tels que la cautérisation superficielle, l'acupuncture, etc., pourraient également réussir.

Extensibilité du collet du sac herniaire.

Ce fait nouveau a une extrême importance, et, à ce titre, nous devons nous y arrêter expressément. C'est M. Petit qui l'a découvert. Voici comment cet habile anatomiste s'exprime sur ce point, dans la thèse dont nous avons déjà extrait l'observation de la page 204.

« Dans le mois de décembre 1841, j'examinai sur le cadavre d'une vieille femme de 65 à 70 ans, une hernie inguinale dont la base arrivait jusqu'au sommet de la grande lèvre (le cadavre était parfaitement conservé). Enlevant avec soin les tégumens et les doublures, j'arrivai à l'anneau inguinal, des bords duquel naissait une enveloppe pour la tumeur. En ce lieu, la hernie était manifestement resserrée par les deux piliers et les fibres arciformes, le tout faisant empreinte sur sa circonférence, comme une ligature médiocrement serrée. Je fis une ouverture étroite au sac, et par une sonde de gomme élastique le ventre et le sac furent dis-

tendus par de l'air. La portion labiale du sac, en se distendant, forma une tumeur dont le sommet était étreint fort étroitement par l'anneau inguinal conservant ses dimensions premières. Je débridai alors l'anneau d'un centimètre, sans toucher au sac, ainsi que le faisait J.-L. Petit. Le collet, cédant à l'élasticité de l'air, vint de nouveau remplir l'anneau ainsi élargi. J'enlevai tous les muscles, et le collet, obéissant toujours, se distendit encore, de telle sorte qu'il avait alors un diamètre double de son diamètre primitif, alors que l'anneau était encore intact; on voyait néanmoins au niveau de ce dernier l'empreinte qu'il y avait creusée. »

M. Estevenet, cité par M. Petit, et qui joint au mérite de l'anatomiste l'heureux don de pouvoir reproduire les faits anatomiques ou pathologiques qui lui semblent remarquables, nous a montré un dessin dans lequel on voit le développement que prit le sac insufflé, lorsqu'on eut dilaté et enlevé l'anneau. Ce dessin est, à cet égard, parfaitement démonstratif. La hernie était inguinale. Il y avait ceci de remarquable dans le cas de M. Estevenet, qu'à côté du sac en existait un second de 4 ou 5 centimètres de long sur 2 de large, dont la cavité était vide et l'ouverture oblitérée. En outre, la tunique vaginale était d'une ampleur démesurée, et sa cavité, cependant, ne contenait pas de liquide.

Dans un troisième cas rapporté par M. Petit, le collet était plissé à son côté interne. Ces plis se développèrent par la distension du collet et se reformèrent à l'ouverture du sac. Ce plissement avait déjà été noté par M. Sédillot, comme on peut le voir dans le beau travail de ce professeur.

Voilà donc deux faits importans à ajouter à l'anatomie pathologique des hernies :

1° L'extensibilité du collet du sac;

2° Le plissement de ce collet concourant à cette extensibilité.

Il est inutile de faire remarquer combien ces faits, qui sans doute se multiplieront aussitôt que l'attention aura été appelée sur eux, sont contraires à une doctrine dont nous nous sommes trop occupé.

Kyste hydatique du foie.

La *Gazette des Hôpitaux*, du 6 de ce mois, contient un fait de tumeur hydatique du foie, traitée par l'application de la potasse caustique. Une première application donna lieu à des accidens qui durent faire redouter une péritonite. La tumeur fut ouverte, grâce à une seconde application de caustique; mais l'ouverture était trop petite; le pus croupit; les hydatides ne purent sortir, et le sujet, dont l'état général était d'ailleurs très fâcheux, succomba. On ne l'aurait probablement pas guéri en agissant autrement; mais nous croyons que l'on multiplierait, dans les cas analogues, les chances de guérison, en incisant la tumeur par le procédé en deux temps. On produirait ainsi, sans danger d'épanchement, avec beaucoup moins de douleurs et avec beaucoup moins de chance de voir se développer l'inflammation de la séreuse, une ouverture aussi étendue que cela serait nécessaire. Ce n'est pas une vaine crainte que celle de la péritonite, quand on applique le caustique sur la paroi du ventre pour une tumeur de l'intérieur de cette cavité. Nous avons connaissance d'un cas dans lequel les accidens furent tels, après une application qui n'avait pas produit l'escarrification de toute l'épaisseur de la paroi abdominale, que le chirurgien, professeur de la Faculté, dut s'arrêter dans l'emploi de ce moyen. La malade

souffrit beaucoup et courut un grand danger inutilement.

Des obturateurs du palais.

L'article qui suit est résumé des remarques qui terminent le petit ouvrage de M. Schange sur le redressement des dents. Cet ouvrage est bien fait. Les chirurgiens le liront avec plaisir et utilité. Ce qui a rapport aux obturateurs du palais est généralement peu connu. C'est ce qui nous a engagé à rédiger cet article.

Pétronius, qui écrivait, en 1565, semble avoir parlé le premier, d'une manière expresse, des obturateurs du palais. Il conseille l'emploi du coton, de la cire et d'autres substances. Il mentionne une plaque d'or, sans indiquer la manière de la maintenir. En 1595, Paré fit graver deux modèles d'obturateurs : « L'un, formé de deux plaques de dimension différente et réunies par un pivot mobile sur la plus grande et d'une ligne de longueur ; l'autre, composé d'une seule plaque portant au centre de sa face convexe deux tiges flexibles, entre lesquelles on plaçait une éponge (1). » Malgré leurs inconvéniens, ces obturateurs furent, à-peu-près, les seuls employés jusqu'en 1728, époque à laquelle Fauchard proposa, dans son *Traité des maladies des dents*, cinq obturateurs nouveaux, parmi lesquels figurait celui qui est si connu sous le nom d'*obturateur à ailes*, dont voici la description. Il se compose d'une plaque disposée de manière à s'adapter exactement aux bords de la solution de continuité, qu'elle dépasse, et de deux ailes minces et mobiles, qui, articulées à la base d'une tige à canon, soudée elle-même à la surface nasale de la plaque, peuvent, à l'aide d'une vis de rappel, être abaissées ou relevées. Cette vis est mise en jeu par une

(1) *OEvres complètes*, Paris, 1840, t. II, pag. 608.

clef de montre pour laquelle une petite ouverture est ménagée au centre de la surface palatine de la plaque. Si la cloison des fosses nasales n'avait pas été détruite, les deux ailes devraient laisser entre elles l'espace nécessaire pour la loger; elles seraient indépendantes l'une de l'autre, et il faudrait deux entrées au lieu d'une pour la clef. Pour mettre l'instrument en place, on rapproche les deux ailes auxquelles on fait franchir la perforation, après quoi, au moyen de la petite clef, on les abaisse, et alors la voûte palatine se trouve prise entre elles et la plaque. Cet instrument est très ingénieux; mais il a pour inconvénient fort grave de produire l'amincissement et la destruction de la portion osseuse comprise ainsi entre ses deux parties, et d'amener l'agrandissement de la perforation. C'est ce que M. Schange a vu sur un individu, entre autres, chez lequel la perforation s'était tellement agrandie que l'instrument tout entier était passé dans les fosses nasales, d'où l'on eut quelque peine à le tirer.

L'obturateur à verroux, inventé depuis, se compose d'une plaque palatine, servant de platine à deux verroux qui coulent en sens opposé sur la face nasale de l'instrument, de manière à se loger au-dessus des bords de la perforation. L'inconvénient indiqué est moindre que dans l'obturateur à ailes, mais il n'a pas disparu. L'obturateur à chapeau imaginé pour obvier complètement à cet inconvénient, consistait en un cylindre creux, fermé, et de la dimension de la perforation. Au bas du cylindre était soudé un bord circulaire qui recouvrait les bords de l'ouverture, et qui était fixé, en devant, à deux dents artificielles, dont les pivots métalliques étaient enfoncés dans les racines des deux incisives centrales. Cette invention n'eut pas de suite; elle avait contre elle la perte de deux dents et la douleur qu'elle nécessitait. Bourdet

proposa de fixer les plaques à l'aide de fils attachés aux dents voisines; mais ces fils irritaient les gencives et ébranlaient les dents, outre que l'appareil était mal contenu. M. Delabarre s'est élevé à un point de vue plus scientifique que ne l'avaient fait ses devanciers, sans en excepter les médecins qui ont écrit sur les obturateurs, dans nos recueils les plus estimés. De même que les ouvertures faites au crâne par le trépan se rétrécissent avec le temps, de même on voit se rétrécir celles du palais. Il ne faut donc pas borner ses vues à la nécessité du moment, c'est-à-dire à l'obturation de l'ouverture, il faut favoriser et surtout ne pas contrarier le travail bienfaisant de la nature. C'est ainsi que raisonna M. Delabarre, et il inventa ses obturateurs à plaque maintenus par des compresseurs métalliques arcboutés aux grosses dents. C'était l'idée de Boudet perfectionnée. Mais les crochets d'or fixés aux dents molaires remontaient et fatiguaient les gencives. M. Delabarre remédia à cet inconvénient en soudant à ces crochets de petits éperons recourbés de manière à venir se loger dans une gouttière pratiquée à la surface mâchelière de la couronne. Ces obturateurs ont sur les autres l'avantage d'être moins dispendieux, plus légers, plus faciles à placer et à nettoyer, enfin, de ne pas faire obstacle au travail en vertu duquel la perforation peut se rétrécir.

M. Schange insiste sur la nécessité de donner aux tiges qui joignent la plaque aux crochets des dimensions parfaitement en rapport avec les parties. Les tiges ne doivent pas être trop longues, autrement elles pousseraient les dents en dehors et les ébranleraient. M. Schange, au lieu de l'éperon, susceptible, suivant lui, de blesser la langue s'il vient à sortir de sa rainure, se sert d'un fil d'or triangulaire se di-

rigeant dans un des interstices que les molaires laissent entre elles à la surface mâchelière de leur couronne, et soudé aux crochets par deux points diamétralement opposés. A la partie moyenne de cette anse il soude en croix un fil plat, d'un centimètre de longueur environ, et s'étendant entre les mamelons des deux molaires contiguës. Il n'en résulte qu'un peu de gêne dans la mastication pendant quelques jours. L'observation suivante prouve qu'il peut suffire d'un petit nombre de crochets pour maintenir l'appareil.

« Un employé des messageries royales reçut sur le visage une tringle de fer, qui, descendant perpendiculairement, entra par une de ses extrémités au-dessous de l'orbite gauche, pénétra dans le sinus maxillaire, et vint sortir dans la bouche, après avoir traversé la voûte palatine. L'inflammation, la gangrène, les désordres qui furent la suite de cet accident, obligèrent M. le docteur Michon à réséquer avec la scie une assez grande partie de l'os maxillaire. Il résulta de cette opération une ouverture communiquant de la bouche dans les fosses nasales, de trente-cinq millimètres de diamètre, à-peu-près en tous sens. Les dents de ce côté avaient été emportées par l'opération, ou détruites par l'inflammation, et il ne restait du côté droit que trois dents, dont une était en très mauvais état. Mon intention fut d'abord de faire supporter mon obturateur par un dentier; mais le peu de fortune du malade me détermina à essayer de soutenir la pièce par de forts crochets, embrassant les trois dents, dans toute leur hauteur. La plaque que je construisis portait transversalement sept centimètres sur cinq d'avant en arrière; et quand elle fut appliquée, j'eus la satisfaction de la voir collant exactement sur tous les points, et très solide. Le malade, que j'ai eu occasion de revoir souvent depuis

cette époque, et que j'ai présenté à la Société médicale du 12ᵉ arrondissement, porte toujours son appareil, qui, loin de l'incommoder, lui est devenu indispensable pour parler, boire et manger. Cet obturateur est assurément très vaste; il ferme une ouverture considérable, et la ferme hermétiquement, et pourtant à gauche il manque de point d'appui, et trois dents seulement à droite suffisent pour le retenir dans la position qui lui convient. »

M. le docteur Petit a fait fabriquer à M. Schange un obturateur dont le centre est aplati à partir d'une ligne environ des bords de la perforation, au lieu d'offrir la courbure naturelle de la voûte palatine. M. Petit a pensé que c'était un moyen de favoriser le rétrécissement, et chez son malade la perforation a effectivement diminué beaucoup. M. Schange n'en prétend pas moins que la modification dont il s'agit est sans utilité, mais les raisons qu'il donne ne nous ont pas convaincu.

Un inconvénient commun à tous les obturateurs à plaque, et plus grand, il faut l'avouer, chez ceux dont le centre serait aplati, consiste dans l'accumulation des malpropretés au-dessus de la plaque, accumulation dont le moindre effet est de vicier l'haleine. C'est à cause de cet inconvénient que quelques auteurs, M. Delabarre, en particulier, ont pensé à combiner l'obturateur à plaque avec l'obturateur à chapeau.

Souvent les perforations de la voûte palatine sont accompagnées de la perte d'un certain nombre de dents ou même de la destruction de l'arcade alvéolaire. Dans ce cas faut-il faire deux pièces ? Fauchard avait déjà répondu par la négative. Mais le poids du dentier dans l'instrument de Fauchard devait ajouter énormément aux inconvéniens de son obturateur à ailes. « L'obturateur à crochets une fois connu,

dit M. Schange, le problème n'était plus difficile à résoudre, et, pour maintenir solidement en place une pièce destinée à réparer les pertes subies par le palais et l'os maxillaire supérieur, il suffisait de prendre son point d'appui sur les molaires restantes, ou, en leur absence, d'emboîter le bord alvéolaire supérieur dans la cuvette d'un dentier, auquel serait soudée la plaque obturatrice. » Mais les appareils usités par ses confrères semblent défectueux à M. Schange, en ce que les deux pièces sont d'une substance différente, l'une en hippopotame et l'autre en métal. Les appareils dont il fait usage sont entièrement en métal; seulement, comme on se l'imagine, la fausse alvéole n'est pas en métal massif. M. Schange emploie, dans ses appareils, préférablement au platine, l'or, que sa plus grande résistance permet d'amincir davantage.

M. Schange a pensé que l'obturateur à crochets pourrait supporter un nez artificiel, et il a réalisé cette idée à l'occasion d'un jeune homme chez lequel le nez et une grande partie de la voûte palatine avaient été détruits par la syphilis. L'appareil qu'il imagina se compose de deux pièces, le nez et l'obturateur. Celui-ci offre au centre de sa surface nasale une tige (creuse pour qu'elle soit plus légère), recourbée en avant à l'angle droit. La portion verticale de cette tige a 20 millimètres de longueur, l'horizontale 18. Cette dernière présente supérieurement, vers l'angle de réunion, une échancrure. « Le nez contient à son intérieur un tube creux, destiné à recevoir la portion horizontale de la tige de l'obturateur, et sur ce tube est un levier, basculant à l'aide d'un ressort en or, et à l'extrémité postérieure duquel se trouve un petit crochet qui doit s'enfoncer dans l'échancrure dont il vient d'être parlé. Ce levier est recourbé de manière à venir

sortir, par son extrémité antérieure, contre la cloison du nez, en restant toutefois caché par la narine; l'ongle le fait mouvoir aisément, et quand on appuie sur lui, la plus légère traction sépare les deux pièces. Pour mettre l'appareil en place, après avoir fait pénétrer la tige coudée dans les fosses nasales, on fixe solidement l'obturateur, puis on présente le nez, dans le tube creux duquel on fait filer la branche horizontale, en poussant d'avant en arrière, jusqu'à ce qu'on entende claquer le crochet du levier dans l'échancrure. Ce petit bruit annonce que le système est fixé. »

M. Schange mentionne deux autres instrumens: le premier pour une dame chez laquelle la staphyloraphie avait laissé dans le voile du palais une séparation de deux lignes, qui permettait aux alimens et aux boissons de revenir par le nez, en même temps que la parole était presque inintelligible. L'instrument consistait en un obturateur brisé à l'endroit où commence le voile palatin, et dont les deux segmens étaient réunis par un ressort très doux, placé à la surface buccale de l'appareil. La pièce intérieure était fixée par des crochets, la seconde obéissait aux mouvemens d'abaissement du voile palatin, contre lequel le ressort la rechassait sans cesse.

L'autre instrument dont il nous reste à parler est un obturateur terminé par une luette. Mais M. Schange nous permettra de lui faire observer qu'il n'y avait pas lieu à inventer une luette métallique, quand il est avéré que l'absence de la luette naturelle est sans inconvénient.

Il est difficile de fournir à distance des instrumens qui demandent autant de précision que les obturateurs. Cependant, à l'aide de mesures bien exactes envoyées au fabricant, on peut obtenir un résultat complétement satisfaisant.

« L'important, dit notre ingénieux M. Charrière, dans un extrait de catalogue que nous avons sous les yeux, consiste à donner exactement l'empreinte de l'ouverture qu'il s'agit de fermer. Un moyen simple et sûr d'obtenir cette empreinte consiste à se servir d'un morceau de cire à modeler, que l'on peut composer soi-même en mélangeant de la cire blanche avec une quantité proportionnée de térébenthine de Venise. Il faut avoir soin d'indiquer par une marque quelconque le bord de l'empreinte qui correspond à la lèvre antérieure de la perforation de la voûte palatine. » Avec ces indications M. Charrière a pu confectionner des obturateurs parfaitement adaptés à la perforation et aux parties, chez des individus qui n'avaient pu se rendre à Paris.

M. de C.

JOURNAUX ETRANGERS,

par M. le docteur Giraldès.

Section du muscle masséter, par William Fergusson, professeur de chirurgie.

Thomas Léonard, âgé de trente-cinq ans, fort et robuste, vint me consulter au mois de juin 1841, pour un gonflement de la joue gauche, compliqué d'une difficulté à écarter les mâchoires au-delà d'un quart de pouce. Il y a cinq ans que ce gonflement se développa à la mâchoire inférieure, au niveau de l'insertion du muscle masséter; il acquit le volume d'un œuf de pigeon, et au bout de deux ans il perça, et suppura pendant six mois. Plusieurs ouvertures fistuleuses se formèrent à la peau; ces ouvertures se fermèrent; il resta cependant dans la région malade une grosseur du volume d'une aveline. Depuis lors, il a été impossible au malade d'ouvrir la bouche au-delà de la distance indiquée; cette difficulté à écarter les mâchoires le mettait dans l'impossibilité de pouvoir mâcher les alimens.

Après avoir examiné ce malade avec soin, je demeurai convaincu que cette rétraction était le résultat d'un abcès développé dans l'épaisseur du muscle, et

qu'elle ne provenait nullement de l'existence d'une tumeur, ou d'une maladie de l'os. Le muscle masséter est dur et contracté, les autres tissus environnans dans leur état normal; le masséter du côté opposé est sain.

Le malade ayant déjà été soumis à un traitement interne, je n'attendais aucun résultat de l'emploi des médicamens internes ; cependant je lui conseillai les préparations iodées à l'intérieur et à l'extérieur, en lui recommandant de venir me voir. Le traitement conseillé n'ayant produit aucun bénéfice, je pensai qu'il était convenable de faire la section du muscle masséter, en totalité ou en partie. Je pratiquai, d'abord, la section partielle de ce muscle: un ténotome fut introduit par la bouche au-dessous du conduit de Stenon, à travers la membrane muqueuse, et le muscle buccinateur, puis glissé entre la peau et le masséter, et les fibres de ce muscle furent coupées de dehors en dedans; la section des fibres musculaires permit aux mâchoires de pouvoir s'écarter. Quinze jours après, voyant que l'effet produit par cette section persistait, je pensai qu'il convenait de diviser le muscle dans sa totalité; comme dans la première opération, un ténotome fut glissé à travers la membrane muqueuse entre le muscle et la peau. L'extrémité de l'instrument fut poussée assez loin pour pouvoir embrasser avec son tranchant toute l'épaisseur du muscle à diviser; les fibres furent coupées en pressant de dehors en dedans jusqu'à ce que l'instrument se trouvât arrêté par l'os. Il s'écoula par la petite plaie près d'une once de sang, et il se forma entre le muscle et la peau un gonflement assez grand. Le sang continuait à couler dans la bouche, surtout quand on pressait sur la tumeur formée. Immédiatement après la section du muscle, le malade pouvait ouvrir la bouche facilement; pendant qu'il exécutait ces mouvemens, le gonflement augmentait et la douleur devenait plus forte.

Le lendemain, le malade me raconta que, la veille, le gonflement était devenu très considérable, au point qu'il ne pouvait écarter les mâchoires sans éprouver beaucoup de douleurs ; que dans un de ces mouvemens il s'était écoulé beaucoup de sang par la bouche, et que la grosseur avait diminué. Seize jours après l'opération, l'infiltration sanguine avait disparu, les mouvemens de la mâchoire pouvaient se faire avec moins de douleur et moins de difficulté. Un mois après, j'eus occasion de voir ce malade; l'épanchement sanguin avait disparu; il restait encore une légère rigidité dans l'endroit malade, et les mouvemens de la mâchoire étaient libres. Cependant, comme il croyait éprouver encore quelque embarras en bâillant, je lui recommandai d'exercer souvent la mâchoire; n'ayant plus entendu parler

de lui, je pense que le résultat obtenu par l'opération s'est maintenu (*Provincial medical and surgical journal*, janvier 1842, n° 18, p. 346).

Cette observation nous fournit un exemple de section de muscle compliqué d'un épanchement de sang abondant. Faisons remarquer que cette complication a lieu plus souvent qu'on ne veut l'admettre, surtout lorsque l'opération est pratiquée dans une région riche en plexus veineux. Ces épanchemens constituent quelquefois de véritables hémorrhagies. Ajoutons qu'il n'est pas impossible que ces collections sanguines se compliquent d'inflammation, et donnent lieu à des accidens très graves. Pour ma part, j'ai été témoin d'une de ces sections de muscle suivie d'hémorrhagie. Le sang coulait avec abondance et était lancé avec force à travers la plaie. En présence de ces faits, on est admis à penser que quelquefois les sections sous-cutanées des muscles peuvent et doivent être suivies d'accidens plus ou moins fâcheux.

Fistule vésico-vaginale guérie par l'emploi du cautère actuel, oblitération du col de l'utérus. Grossesse; par M. Pagan.

Madame K., âgée de 31 ans. Son premier accouchement fut long, laborieux, il dura trois jours, et on fut à la fin obligé de la délivrer à l'aide du forceps. Peu de temps après, la malade s'aperçut qu'elle ne pouvait garder ses urines, et qu'elles ne s'écoulaient pas par la voie normale; elle avait une fistule vésico-vaginale. La malade ajoute que dans le principe elle rendit aussi pendant quelques mois des matières fécales par le vagin.

Au mois de mars 1841, la malade vint à Edimbourg, et se confia aux soins du docteur Thomas Molison. A cette époque, elle avait l'apparence d'une personne affectée d'une maladie organique. Son urine coulait continuellement et déterminait une irritation telle que la malade disait que la vie lui était à charge.

La fistule était très grande, on pouvait facilement y introduire le médius enveloppé d'une compresse pliée en quatre. Le docteur Molison s'intéressa beaucoup à cette malade et essaya de la guérir. Il mit d'abord en pratique: l'urinal caché de Desault, qu'on employait surtout pendant la nuit; ce moyen

soulageait un peu la malade; cependant il ne pouvait plus servir dès le moment qu'elle était debout ou dans la position assise; de plus, il était difficile de faire usage d'un tampon, à cause de l'état d'irritation des parties; et, d'ailleurs, la malade avait antérieurement fait usage d'une éponge ou d'un tampon de charpie (lint) dans le but de retarder ou de s'opposer à l'écoulement des urines. Mais comme ce moyen n'avait produit aucun résultat, elle l'avait abandonné. Néanmoins, à force de soin, de propreté et par le moyen d'injections astringentes, on parvint à calmer cette irritation et à améliorer sa santé. C'est dans cette condition que le docteur Molison commença un traitement. Il employa d'abord le cautère actuel; il croyait qu'en entretenant les bords de la plaie dans un état d'inflammation il parviendrait à déterminer aisément une adhésion; à cet effet, il appliqua plusieurs fois le fer rouge; les premières applications avaient donné quelque espoir de guérison, attendu que l'urine ne s'écoulait pas par la plaie; plus tard, cependant, l'emploi de cet agent, au lieu d'être suivi de quelque amélioration, déterminait au contraire un agrandissement de la fistule. Découragé par le peu de succès obtenu à l'aide du fer rouge, M. Molison eut recours au caustique potentiel et à la réunion des bords ainsi excités, par la suture entortillée. Cette opération fut longue, difficile, elle fut pratiquée deux fois et enfin ne donna pas plus de résultat, que le premier moyen employé; les aiguilles tombaient après quelques jours, sans que la réunion se fût effectuée.

Il m'est impossible de dire ici le temps que la malade resta en traitement; je puis ajouter seulement qu'elle s'en retourna chez elle avec une légère amélioration dans sa santé et pouvant se garantir plus facilement de l'écoulement des urines. La fistule n'avait pas éprouvé une amélioration bien sensible. Je n'ai plus entendu parler de cette malade jusqu'au printemps de l'année 1833; à cette époque, madame K. réclama mes soins, M. Molison ayant quitté la ville; je me suis chargé de cette malade à regret, n'ayant aucun espoir de lui être utile. Cependant j'ai cru convenable de consulter M. Listen: c'est par les conseils et l'aide de ce praticien que je suis arrivé à quelque résultat. L'examen que je fis de la fistule me montra qu'elle avait beaucoup diminué de largeur, car on pouvait à peine y introduire le petit doigt; au reste, la malade souffrait des mêmes incommodités qu'auparavant et sa santé s'en ressentait. Elle nous dit que la fistule avait continué à diminuer pendant quelques mois, après qu'elle avait quitté Edimbourg; mais que depuis un an elle restait stationnaire, qu'elle avait mis tous ses soins à prévenir les excoriations des parties, par le moyen de lotions fré-

quentes et par l'usage continuel de l'urinal; elle ajouta que cet instrument ne lui était utile que lorsqu'elle était couchée.

On décide alors, après une consultation, d'avoir recours de nouveau au cautère actuel, non pas comme antérieurement à petits intervalles, mais bien à distance de quelques mois. M. Listen pensait, d'après sa pratique, que l'emploi du cautère actuel est loin de produire, dans le premier moment, quelques succès, qu'au contraire la maladie semble d'abord aggravée : c'est à la longue que la cicatrice se contracte, se raccourcit de la même manière que cela s'observe pour les brûlures, et que c'est alors qu'on obtient quelques résultats. On fit comprendre à la malade que sa maladie serait longue et qu'elle demandait à être continuée plusieurs fois. Les bords de la fistule furent cautérisés à l'aide du fer rouge; la malade fut renvoyée chez elle avec recommandation de revenir dans l'espace de deux mois.

Depuis le mois d'avril 1833, on employa six fois le cautère actuel, en laissant des intervalles de 2, 3, 6 mois. A chaque nouvel examen, on acquérait la certitude que la fistule diminuait, et enfin, dans les trois dernières cautérisations, on eut quelque peu de difficulté à trouver l'orifice, quoique le suintement urinaire nous démontrât qu'il restait encore un pertuis.

C'est au mois d'août de cette année que j'ai fait la dernière cautérisation en présence du docteur M. Wither. On pouvait à peine faire entrer dans la fistule une grosse aiguille à tricoter. Son trajet était un peu tortueux, et dans quelques cas cette obliquité faisait office de valvule, et retenait l'urine dans la vessie.

La malade est maintenant, 1835, à Edimbourg. Elle m'assure que depuis la dernière opération l'urine ne sort plus par l'ancienne ouverture, que la vessie n'est plus aussi irritable, qu'elle se distend facilement et conserve l'urine; l'urèthre, par suite de l'usage que la malade a fait de l'urinal, se trouve un peu dilaté, et quelquefois un peu d'urine s'écoule involontairement.

Madame K. continua à jouir d'une bonne santé jusqu'au 16 novembre 1838. A cette époque, son mari vint me trouver pour me dire que sa femme était très malade, qu'elle se mourait. A mon arrivée auprès d'elle, je le trouvai dans l'état suivant : Elle avait des frissons violens et se plaignait de douleurs dans le dos et dans le ventre. J'appris que depuis le mois de mai la malade avait cessé d'être réglée, que son ventre avait augmenté de volume et qu'elle sentait quelques mouvemens dans son ventre, mouvemens qu'elle attribuait à un état nerveux. Je pensai, au contraire, que cet état pouvait provenir d'une grossesse, ce dont je fus convaincu par l'examen

direct. Le toucher me fit reconnaître que l'utérus était abaissé, arrondi et lourd ; il me fut difficile cependant de reconnaître le col de l'utérus. Après beaucoup de peine, je finis par trouver une saillie à peine perceptible. Je conclus dès-lors que l'orifice s'était oblitéré après la conception. Vu l'état de la malade, je lui administrai d'abord des opiacés pour calmer les accidens présens.

M. Wither fut réuni en consultation ; ce praticien reconnut tout ce que je viens d'indiquer, et demeura d'accord sur l'existence d'une grossesse compliquée d'oblitération du col de l'utérus. Les douleurs n'étaient pas très fréquentes; dès-lors on convint d'abandonner les choses pendant quelques heures, et si les efforts de la nature ne parvenaient pas à forcer, à rompre les adhérences du col, on serait plus tard à même d'en opérer la division. Je continuai à voir la malade toutes les deux heures. Vers 7 heures, les douleurs augmentant de plus en plus, et le col de l'utérus se trouvant toujours dans le même état, on jugea indispensable d'en pratiquer l'incision.

Le professeur Syme fut chargé de cette opération: il glissa un bistouri sur le doigt jusqu'à l'endroit présumé être le col de l'utérus; une incision fut pratiquée; les bords de la plaie s'écartèrent par les efforts de l'organe, et on reconnut alors l'enfant. La dilatation continua, et au bout d'une heure et demie, la malade accoucha d'un fœtus vivant, de 6 mois; l'enfant se présenta par les fesses, et l'accouchement se fit très facilement. L'incision de l'utérus ne détermina ni douleur ni hémorrhagie; on peut penser avec raison que l'incision porta sur les adhérences mêmes, et nullement sur le tissu de l'organe. (*The London and Edinburgh monthly Journal*, janv. 1842.)

Hernie de l'utérus. Opération césarienne inguinale sur la tumeur, par M. Théophile Fischer.

Le 12 octobre 1832, Madeleine Münzer, âgée de 44 ans, entra dans le service de chirurgie de l'hôpital de Berne.

Cette malade avait eu sept enfans. Dix ans avant son mariage, elle eût une hernie inguinale, qu'elle négligea : elle ne porta aucun bandage, et à chaque grossesse, elle souffrait beaucoup dans sa tumeur herniaire, qui augmentait de volume.

Au moment où je l'examinai, elle était grosse de huit mois. La hernie qu'elle portait s'était étranglée quelques jours avant son entrée à l'hôpital. On calma les douleurs à l'aide de cataplasmes, d'applications froides. Par l'aide de ces moyens la hernie fut réduite. Après la réduction, la malade fut

prise de douleurs très fortes dans le ventre, dans les lombes et dans les membres inférieurs. A chaque accès de douleurs, l'utérus quittait sa place normale et passait, à travers l'anneau inguinal, dans le col herniaire. On reconnaissait très bien l'organe à sa forme ronde; de plus, il occupait sur la cuisse une étendue de 8 pouces de longueur et 6 de circonférence. Lorsque la malade était couchée sur le dos, les douleurs cessaient. Suivant le rapport de la malade, les époques menstruelles n'avaient point paru depuis six mois. Le toucher nous fit reconnaître que l'utérus se trouvait dans le même état qu'à six mois de grossesse, un peu incliné vers le côté droit. L'abdomen est un peu ridé et contracté. L'auscultation fait entendre des battements, des pulsations dans l'utérus. La malade continue depuis cette époque à garder le lit, toujours couchée sur le dos, car dans cette position elle n'éprouve pas les douleurs que nous avons indiquées; elle conserve cette position jusqu'à la fin de sa grossesse. L'utérus a continué d'augmenter de volume jusqu'au 16 janvier 1833 : il avait alors 25 pouces et 2 lignes de circonférence; et 22 pouces 10 lignes de longueur; son sommet est beaucoup plus rétréci. Vers 6 heures du soir (19 janvier), la malade se trouve incommodée; elle souffre dans les lombes et dans l'abdomen; l'utérus est le siége de contractions; le col se dilate. Vers sept heures, la poche des eaux se rompt et les eaux s'écoulent en grande quantité. Dès ce moment les douleurs augmentent. Le docteur Seich, appelé en consultation, conseille de pratiquer l'opération césarienne. Cette opération fut pratiquée vers 9 heures du soir, en présence des professeurs Frenschmid, Hermann, Emmert, etc.

La malade fut placée sur le dos, et l'opérateur se plaça à droite. Il pratiqua une incision longitudinale de 7 pouces de longueur, en faisant d'abord un pli à la peau, et en incisant dessus. Une seconde incision pénétra dans le sac herniaire et dans le fond de l'utérus, le placenta, qui se trouvait adhérent dans ce point, fut divisé par la même section; il saigna beaucoup. L'incision de l'utérus fut élargie, les membranes furent divisées, et l'opérateur, introduisant la main dans l'utérus, amena un enfant très bien développé; il était placé dans l'organe la tête du côté du fond de l'utérus et les pieds du côté de l'anneau herniaire. Le cordon étant coupé et lié, le placenta fut détaché et l'enfant confié à une nourrice. La plaie de l'organe saigna beaucoup; elle revint sur elle-même, au point de se trouver réduite à un quart de son étendue première. La plaie des téguments réunie à l'aide de points de suture, on laissa à la partie inférieure un petit intervalle pour laisser écouler le sang. Les incisions furent ensuite rapprochées à l'aide de bandelettes, et

par un spica. La malade est pâle et sa figure est contractée; elle est prise de hoquet, de douleurs vives dans les lombes; le pouls faible. On administre quelques gouttes de liqueur anodine d'Hoffmann, de teinture de canelle et de teinture d'opium.

Vers minuit, on fut obligé de relâcher le bandage, à cause de la douleur que la malade éprouvait. Deux heures après on enleva tout l'appareil. On s'aperçut qu'une autre artère saignait dans le sac herniaire, ce qui avait donné lieu à la formation de quelques caillots dans la cavité de l'utérus.

Vers le matin, 20, la malade se trouve mieux; elle est très faible : on lui donne quelques gouttes d'éther. Dans la journée, elle vomit tout ce qu'elle prend. Il n'y a pas de sensibilité dans le ventre, pas de distension de cette cavité.

La malade mourut le 21. Autopsie trente heures après. La tumeur mesure 17 pouces en travers, et 19 pouces 9 lignes de longueur; sa base a 18 pouces 8 lignes. Le sang contenu dans l'utérus provenait de la plaie. L'anneau inguinal est très distendu : on peut faire passer le poing à travers. L'incision de l'utérus avait porté sur le sommet et sur la partie antérieure de l'organe. Le colon se trouve dans le sac herniaire; le bassin est très bien conformé. L'enfant a continué de vivre (*The London and Ed. monthly Journal.* Janv. 1842, p. 28).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité du strabisme et de sa cure radicale par la section musculaire; par A. O. Peyré, D. M. P. Chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

L'auteur de cette brochure peut avoir eu de bonnes intentions, et même il semblerait s'être donné beaucoup de peine pour réunir les matériaux de son opuscule. Seulement il n'a pas une idée bien exacte de la valeur des travaux qu'il consulte, et il reçoit de toutes mains. Il a commis des omissions étranges que nous ne prendrons pas la peine de spécifier. Nous désirerions pour lui qu'il eût jeté les yeux sur quelques numéros des *Annales*, dans lesquels il aurait trouvé les procédés de M. Velpeau, dont il ne paraît pas se douter. M. Peyré dit *strabotomie*, et il n'est pas le seul à commettre ce barbarisme. Il serait temps cependant de comprendre qu'on ne peut pas couper une abs-

traction. Ce chirurgien ne fait aucune difficulté de diviser quatre ou cinq muscles quand l'occasion s'en présente. Dans un de ces cas cités par l'auteur, mais ne lui étant pas particulier, on vit le sang jaillir en filet saccadé à 15 ou 18 centimètres. L'artère musculaire inférieure avait été divisée. Deux fois lui-même éprouva de la peine à arrêter l'écoulement de sang, qui se reproduisit plusieurs heures après l'opération, malgré le tamponnement. M. Peyré a observé des cas de chémosis à la suite de l'opération. Mais du reste tout se passe le plus heureusement du monde. Il y a bien quelquefois un peu d'exophthalmie, mais ce n'est pas la peine d'en parler. Et il faut qu'il y ait des esprits bien méchans pour que cette pauvre strabotomie, comme dit M. Peyré, ait pu être si odieusement calomniée !.... Quant à nous, nous pensons que, lorsqu'on n'est pas forcé d'écrire, il vaudrait mieux jouir de sa tranquillité, que de se donner beaucoup de mal sans grand profit pour personne.

M. de C.

Dictionnaire de Médecine ou Répertoire général des sciences médicales, considérées sous les rapports théorique et pratique; par MM. Adelon, Béclard, A. Bérard, P. H. Bérard, Biet, Blache, Breschet, Calmeil, Al. Cazenave, Chomel, H. Cloquet, J. Cloquet, Coutanceau, Dalmas, Dance, Désormeaux, Dézeimeris, P. Dubois, Ferrus, Georget, Gerdy, Guérard, Guersant, Itard, Lagneau, Landré-Beauvais, Laugier, Littré, Louis, Marc, Marjolin, Murat, Ollivier, Orfila, Oudet, Pelletier, Pravaz, Raige-Delorme, Reynaud, Richard, Rochoux, Rostan, Roux, Rullier, Soubeiran, Trousseau, Velpeau, Villermé. Deuxième édition, chez Béchet, jeune.

Nous avons sous les yeux de longues et nombreuses notes recueillies pendant que nous parcourions le vaste ouvrage dont nous avons essayé déjà de donner une idée; et nous sommes effrayé de tout ce que nous aurions à dire, si, selon l'expression vulgaire, il nous fallait donner le fond du panier. Il faut remarquer surtout que nous n'aurions guère que du bien à dire, et rien n'est plus ennuyeux que ces hymnes bibliographiques qui commencent par un compliment, et, pour varier, finissent par un éloge.

Nous terminions notre premier article avec la lettre A, et nous ne cacherons pas que nous avions un certain effroi en regardant devant nous le chemin qui nous restait à faire. Nous avions en perspective les articles *bras*, *bubon*, *bronchotomie*, *brûlure*, dans la lettre B; puis, dans la lettre suivante, les articles *cancer*, *cataracte*, *carie*. Que de points de vue à examiner! que de

stations à faire! que de beaux noms de médecins justement célèbres à saluer! Heureusement nous avons pris nos précautions, et nous ne sommes pas condamné à suivre monotonement notre route majuscule par majuscule. Puisqu'il en est ainsi, prenons au hasard la première lettre venue, et comme rien ne nous en empêche, arrêtons-nous à celle-ci qu'un littérateur comparait à la façade Notre-Dame.

La lettre H commence par le mot *hanche*, qui est un grand mot, chirurgicalement parlant. C'est M. Bérard qui a traité la question de la coxarthrocace. Inutile de dire alors qu'elle l'a été avec une heureuse facilité et toute la précision désirable. L'article *hernies* en général est de M. Laugier. Les détails y sont clairement et méthodiquement exposés. Comme article général, il est complet. On sait combien M. Velpeau s'est occupé d'hydrocèle. C'est lui qui a écrit l'article relatif à cette affection. On ne peut connaître à fond l'hydrocèle, si on n'a pas lu cet article. Suit un article très étendu, et intéressant en proportion, sur l'*hydrocéphalie ;* un autre sur l'*hydropisie*, par M. Littré; puis enfin ceux sur l'*hypochondrie* et sur l'*hystérie*, par Georget. Parmi les articles de la lettre I, nous citerons celui sur l'*infanticide*, par Marc, un des articles de dictionnaire les plus complets et les plus instructifs qui aient été écrits. Les articles *infection*, *inflammation*, *intestin*, *iris*, *irritation*, sont au-dessus des banalités élogieuses dont ils pourraient être l'objet dans une appréciation forcément aussi rapide que celle-ci. On le voit, cette lettre I n'est pas la moins riche sous le rapport chirurgical.

Nous avons à signaler, en revenant un peu sur nos pas, une irrégularité, bien légère toutefois, dans la lettre H. Du mot *hygroma* on renvoie au mot *ganglion*. Peut-être n'y aurions-nous pas pris garde, sans la publication, dans la *Gazette des Hôpitaux*, d'une leçon de M. le professeur Blandin, sur le ganglion, leçon dans laquelle cet habile chirurgien aurait insinué que la distinction, qu'on a *récemment* essayé d'établir entre les ganglions et les hygromas, était purement classique et sans valeur pratique. Comme c'est nous qui avons particulièrement insisté sur cette distinction, nous avons à la défendre. Nous ne comprendrions pas qu'en principe il fût admis que des maladies analogues d'organes différens dussent être confondues. Il en résulterait une obscurité inévitable. Or, les poches séreuses sous-cutanées sont des organes différens des bourses analogues qui accompagnent les tendons ou leur sont sous-jacentes. Ce n'est pas inutilement que Béclard et tous les anatomistes ont distingué ces variétés. Le même traitement n'est pas applicable aux tumeurs des unes et à celles des autres; pas plus que les procédés pathogéniques ne

sont identiques. Jamais on ne rompra par percussion ou écrasement un hygroma du genou, tandis qu'un ganglion récent et à parois minces du dos de la main ou du poignet peut être guéri ainsi. Les ganglions se forment par excès de distension; les hygromas par pression répétée, le plus souvent du moins. En voilà assez, pensons-nous, pour justifier la distinction précitée, à laquelle nous avons attaché une importance que nous persistons à regarder comme légitime. Cette question ne peut pas être traitée plus longuement ici.

Nous voudrions citer tous les articles qui ont captivé notre attention dans le dictionnaire dont nous nous sommes chargé de rendre compte; mais nous ne savons pas nous résigner à une tâche aussi fastidieuse et aussi peu productive. A quoi peut-il servir, en effet, que nous énumérions rapidement les maladies, les substances thérapeutiques, les fonctions physiologiques, les régions anatomiques, etc., qui doivent avoir leur place dans un compendium universel des sciences médicales ? Chacun est à même de faire ce travail par la pensée plus promptement que nous ne le ferions la plume à la main, et en rapprochant de ces maladies, de ces fonctions, etc., la liste des auteurs qui les ont décrites dans l'ouvrage en question; chacun aussi, comme nous le donnions à entendre dans notre premier article, se fera, sans avoir besoin d'être aidé, une idée de l'intérêt et de la haute utilité qui peuvent être attachés à cet ouvrage.

C'est pourquoi nous nous bornerons aux réflexions générales que nous avons présentées. Les *Annales* sont arrivées trop tard dans la Presse médicale pour qu'il nous ait été possible d'adopter une autre marche par rapport au dictionnaire, que nous n'avons pu suivre pas à pas, volume par volume. Quand le tome vingt-cinquième paraîtra, ce qui ne peut tarder, nous nous dédommagerons sur lui de la rapidité avec laquelle nous avons été forcé de glisser sur les autres. M. de C.

Clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens.

Recueil d'observations, suivies de considérations pratiques, sur les maladies qui ont été traitées dans cet hôpital; par le docteur Ph. Ricord, chirurgien de l'Hôpital des Vénériens de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc., etc. Paris, à la librairie de Just Rouvier, rue de l'Ecole de Médecine, n. 8.

La troisième livraison de l'important ouvrage de M. Ricord s'est fait attendre, et l'on a pu craindre que cette publication ne fût indéfiniment interrompue. Heureusement, cette crainte n'était point fondée, et la livraison que

nous avons sous les yeux, montre un redoublement d'efforts de la part de l'auteur et des artistes. Elle renferme deux observations dont la dernière surtout est extrêmement intéressante. Cette observation, est le fait d'uréthroplastie, dont M. Hellot, alors interne de l'Hôpital du Midi, traça l'histoire dans notre journal. Si l'auteur de l'Iconographie persévère, et tout doit porter à penser qu'il persévérera, la médecine française se sera enrichie d'une magnifique collection.

VARIÉTÉS.

Concours pour une chaire de clinique chirurgicale.

On se rappelle que, lors de la publication de notre dernier numéro, il restait trois candidats à entendre, pour que les épreuves cliniques fussent terminées. De ces trois candidats, deux n'ont pas failli. Le troisième a commis une erreur notable de diagnostic, erreur qui trouve son explication et même son excuse dans la précipitation du moment, mais qui, en matière de concours, n'est pas moins une catastrophe.

Au moment où le jury va prononcer, il est bon de mettre sous les yeux du public une appréciation des titres antérieurs des candidats. Cette appréciation a été tracée dans le passage suivant d'un article de la *Gazette des Hôpitaux*. Nous nous bornerons à la reproduire.

« Il y a une série de candidats dont les travaux n'ont pas eu la publicité, l'éclat qui décident une opinion pour ou contre. Eh bien! ce n'est pas à nous à improviser cette opinion au moment du concours. La circonstance est trop grave; et nous ne sommes nullement portés à prendre fait et cause pour qui que ce soit. Cependant il est juste de dire que tous les candidats, qui sont, sans contredit, des chirurgiens distingués comme leurs rivaux, MM. Bérard, Malgaigne, Vidal, qui ont fait leurs preuves dans d'autres concours avec non moins d'éclat que ces trois derniers, ne peuvent pas être placés, par rapport aux titres scientifiques, sur la même ligne qu'eux.

« Le traité de pathologie externe et de médecine opératoire de M. Vidal; le livre d'anatomie de M. Malgaigne, sa belle introduction et ses savantes notes aux œuvres d'A. Paré; le Compendium chirurgical de M. Bérard, et ses excellens articles dans le Répertoire général des sciences médicales, voilà des ouvrages, des travaux qui ont été jugés. Il y a donc une opinion sur ces trois chirurgiens, opinion que nous n'avons pas besoin de faire, mais qu'il

est de notre devoir de reproduire dans une pareille circonstance. Nous ajouterons que, outre ces productions capitales, ces trois candidats pourraient encore fournir plus de travaux de détails, plus de recherches que leurs compétiteurs. Mais, disons-le franchement, c'est surtout aux ouvrages dans lesquels se trouvent une méthode, un développement de principes, qu'on doit s'arrêter quand il s'agit d'un enseignement, quand il est question d'une chaire de faculté. Eh bien! dans le livre de M. Malgaigne, comme dans tous les travaux de ce chirurgien, on constate une tendance à tout remettre en question, des aperçus très ingénieux, et une abondance dans les détails qui instruisent et captivent, enfin un goût prononcé pour la refonte de la chirurgie. Ce sentiment de réforme effraie, il est vrai, plus d'un praticien prudent; mais nous sommes persuadés que ces craintes sont chimériques.

« M. Bérard est plus réservé dans ses opinions. Ses productions se distinguent surtout par une grande sagesse dans les aperçus. Il adopte volontiers les pratiques de ses confrères, et les expose avec une clarté et une bonne foi peu communes.

« Dans les productions de M. Vidal, il y a une portée philosophique et une méthode que tous les organes de la presse ont reconnues. On y trouve aussi un caractère d'originalité (nous prenons ce mot dans le sens le plus favorable) qui captive. Ce qui distingue surtout cet auteur, c'est une critique qui éclaire et ne détruit pas. » M. de C.

Concours. — École de médecine navale de Toulon.

Pendant le mois de mai dernier, un concours pour une chaire d'anatomie à l'Ecole de Médecine de Toulon, a été ouvert et s'est terminé par une nomination à l'unanimité d'un professeur qui jettera un véritable éclat sur l'enseignement de cette école, déjà si riche en sujets. L'élève du vénérable chirurgien en chef qui vient de mourir, M. Jules Roux, déjà très connu dans les écoles navales, a commencé sa réputation en littérature chirurgicale par divers mémoires insérés dans la *Gazette médicale*, dans le *Journal des Connaissances médicales*. Ces travaux ont surtout pour objet de faire connaître les avantages de la méthode de M. Reynaud, son maître, pour la cure radicale du varicocèle. Ce jeune chirurgien a aussi traité la grande question d'opportunité dans les amputations, et a publié un cas de succès à la suite d'une amputation pour gangrène non limitée. Il a prouvé dans cette circonstance une égale aptitude à bien faire et à bien penser.

Ce concours, applaudi par tout ce qu'il y a d'esprits distingués à Toulon, a eu pour spectateurs de grands dignitaires. Ce n'est pas en cachette qu'on a proclamé l'élu ; ce n'est pas par un mot inséré le lendemain dans le *Moniteur ;* mais en présence d'un nombreux public, d'un état-major à la tête duquel figurait l'amiral Baudin.

MARCHAL (DE CALVI), *Rédacteur-gérant.*

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

DU CANCER DU RECTUM ET DES OPÉRATIONS QU'IL PEUT RÉCLAMER.

Par M. A. VIDAL (DE CASSIS).

La principale division de mon travail est indiquée par la question elle-même. J'exposerai donc : 1° *la pathologie du cancer du rectum ;* 2° *la médecine opératoire du cancer du rectum.* On verra, dans la première partie, la puissante activité du *mal ;* dans la seconde, l'activité impuissante du *remède.* Double sujet d'affliction et de découragement ! Ce qui ne m'arrêtera pas cependant ; car, à travers bien des erreurs, bien des obscurités, je puis avoir trouvé une vérité ou quelques enseignemens utiles aux praticiens.

CHAPITRE Ier.

PATHOLOGIE DU CANCER DU RECTUM.

ARTICLE 1er. — *Anatomie pathologique.*

Dans un sujet si difficile à traiter, j'ai dû commencer par exposer l'anatomie, par décrire le corps de la maladie, afin de procéder du moins inconnu au plus inconnu.

§ I. Le cancer peut attaquer, isolément, tous les points du rectum. Il semble, cependant, affecter une préférence pour les points les plus rapprochés des deux extrémités de cet intestin. Laquelle de ces extrémités est le plus souvent affectée ? Ici éclate déjà une dissidence parmi les auteurs. Une raison milite en faveur de l'opinion qui admet la plus grande fréquence des cancers de la partie supérieure du rectum : là se trouvent et les cancers qui y naissent et ceux qui, prenant origine, à la fin du colon, se propagent vers la partie supérieure du dernier intestin. Des erreurs de diagnostic ont pu contribuer à grossir le chiffre des cancers de l'extrémité inférieure du rectum; car c'est surtout là le siége des hémorrhoïdes, des végétations, des indurations, des ulcérations vénériennes, de ces endurcissemens que Bayle appelle lymphatiques. En effet, quelques-unes de ces lésions peuvent, à un certain degré d'ancienneté, simuler plus ou moins les dégénérescences de mauvaise nature. Mais on peut répondre que les erreurs de diagnostic doivent être plus fréquentes encore quand la lésion attaque la partie supérieure du rectum, laquelle est bien moins accessible à nos moyens d'investigation que la partie anale. Ainsi on dira, sans doute, que certains rétrécissemens fibreux, fréquens à la partie supérieure du rectum, ont été mis sur le compte du squirrhe, et cela avec d'autant plus de facilité que, même à l'autopsie, il est difficile, quelquefois, de distinguer ces deux affections de l'intestin. Je crois, pour mon compte, que l'erreur qui attribue au squirrhe des rétrécissemens fibreux, est moins fréquente que l'erreur contraire. Une question importante à résoudre, touchant le siége des cancers, serait celle de savoir s'il envahit plus souvent la partie antérieure que les parties laté-

rales, ou la partie postérieure du rectum. On a avancé, en Angleterre (1), que c'était cette dernière partie de l'intestin qui était le plus souvent affectée. Ce serait là une circonstance heureuse. Mais les cas de cancers limités, dont j'ai pris entière connaissance, étaient, au contraire, à la partie antérieure du rectum, entre cet intestin et le vagin. Je reviendrai sur ces faits.

On le voit, à peine ai-je fait un pas dans la question, et déjà naît une difficulté que je ne puis complétement lever, savoir : le siége le plus fréquent du cancer rectal. Mais, dans l'intérêt du diagnostic, et en faveur de la prudence qu'il faudra recommander, quand j'aurai à produire l'action chirurgicale, dans ce double but, admettons, ne serait-ce que provisoirement, la plus grande fréquence des rétrécissemens de la partie supérieure du rectum. Nous serons averti, alors, de la nécessité de ne pas nous borner à une exploration superficielle ; nous irons, le plus loin possible dans la partie physique du diagnostic, et cela, au moindre soupçon d'une lésion grave de la fin de l'intestin. Un diagnostic précoce est toujours un avantage, surtout quand il s'agit d'une maladie grave, car on n'a jamais trop de temps pour réfléchir aux moyens de la combattre et surtout à ceux qui nous mettent dans l'impossibilité de nuire, quand nous ne pouvons être directement utiles. Et d'ailleurs, est-ce qu'un pronostic bien fait n'a pas aussi une grande importance pratique ? L'idée de la plus grande fréquence du cancer de la partie supérieure de l'intestin rendra la Médecine opératoire un peu plus modeste, certains chirurgiens un peu moins faciles dans leurs promesses de guérison et un peu plus réservés sur le choix des moyens opératoires.

(1) *Cyclopedia of practical surgery*, CANCER RECTUM, part. VII, p. 675.

Dans l'intérêt de la méthode, pour bien régler la médecine opératoire, conservons la division que voici : 1° cancer de la partie supérieure ; 2° cancer de la partie inférieure du rectum. N'oublions pas, cependant, que la dégénérescence peut naître d'abord dans des points intermédiaires. Un illustre mort nous en a fourni un exemple remarquable. La nature envahissante du cancer doit faire admettre aussi *à priori* un fait qui, malheureusement, se réalise trop de fois, c'est-à-dire le peu d'égards du cancer pour les limites qu'on serait tenté de lui assigner. Il les franchit quelquefois toutes avec une rapidité incroyable. Delpech dit très explicitement : « Rarement un seul point du rectum est affecté. » Que son origine soit *supérieure*, *inférieure* ou *moyenne*, peu importe, presque toujours le cancer marche dans tous les sens, et le rectum, qui était naguère un canal souple, contractile, à tuniques diversement organisées, pourra être représenté par une masse informe dans laquelle sera creusée une gouttière tortueuse et inégale. Le petit bassin lui-même peut être entièrement rempli par une masse de cette nature. Chez le sujet de la septième observation de M. Tanchou, le petit bassin était rempli par une pareille masse, à travers laquelle une voie était ouverte aux fèces ; cette voie pouvait admettre les deux doigts ; les parois de l'intestin avaient entièrement disparu ; toute trace d'organisation était dissipée ; tout était confondu en un même tissu. La vessie avait perdu les deux tiers de son ampleur ; la partie postérieure de cette poche était confondue dans la tumeur ; sa cavité aurait à peine contenu un œuf de pigeon (1). . . . .

§ II. Quel que soit le siége du cancer, il ne revêt pas, d'a-

(1) *Traité des rétrécissemens de l'urèthre et de l'intestin rectum*, p. 236.

bord, la même *forme*. La matière cancéreuse semble quelquefois infiltrée dans les élémens organiques qui entrent dans la composition du rectum. On a vu les diverses tuniques de cet intestin imbibées du suc cancéreux, ce qui imprime des modifications surtout dans l'épaisseur et la consistance de ces tuniques. C'est là le *cancer diffus*. Un pareil cancer peut être très étendu en surface, ou bien ce sont des plaques diversement configurées qui apparaissent sur un ou plusieurs points du rectum. Ainsi, chez Broussais, le cancer paraît avoir débuté par une plaque qui semblait moulée sur le point du rectum correspondant à la prostate. On prévoit déjà que cette forme du cancer peut faire naître une erreur de diagnostic, car ces épaississemens, ces indurations par plaques, peuvent très bien être confondus avec des indurations dues à une inflammation chronique, avec celles qui se lient à certaines affections syphilitiques. Quelquefois ces plaques semblent avoir subi une espèce de *transformation ligneuse*, tellement leur dureté est considérable : on dirait un cartilage des plus résistans, quand on vient à inciser sur ce squirrhe. Cette forme, plus souvent observée sur la peau du sein, par M. Velpeau, est beaucoup plus rare au rectum.

C'est surtout le squirrhe qui s'offre sous la forme diffuse. Si le cancer pouvait ainsi se borner à une couche superficielle du rectum, on concevrait les avantages d'une opération qui consisterait à *écorcer* cet intestin. Malheureusement, quand la couche cancéreuse est peu épaisse, elle est étendue en surface.

§ III. Au lieu d'être disséminée, la matière cancéreuse peut être déposée sur des points plus ou moins limités et constituer, en s'agglomérant, des *masses*, des *tumeurs* différentes sous le rapport du volume et de la forme. Pour le vo-

lume, je citerai la tumeur qui envahissait le rectum d'un pieux ecclésiastique, dont parle Bayle. Son grand diamètre avait 6 pouces (1). Il est des tumeurs beaucoup plus petites; ce sont alors des espèces de tubercules superficiels durs, comme on en rencontre, quelquefois, autour du mamelon d'un sein squirrheux. Il est de ces tumeurs qui font une saillie plus prononcée dans le rectum; elles sont plus ou moins pédiculées, polypiformes. Celles-ci ont la plus grande analogie avec les végétations fongueuses qui sortent du col de l'utérus, dans une certaine forme du cancer de cet organe. Le plus souvent, cette dernière variété, bourgeonne et s'élève sur un fond déjà cancéreux et ancien. Ces tumeurs sont ordinairement molles, rougeâtres ou noirâtres à leur surface, blanches au centre et parcourues par une infinité de vaisseaux. C'est là une variété de l'encéphaloïde. Les vaisseaux sont quelquefois très nombreux et parcourent tout le rectum, sous forme variqueuse. Je ne suis pas loin de considérer comme une affection du genre de celle que je viens d'indiquer, la maladie du rectum dont parle J.-L. Petit, et qui est souvent citée comme un cas d'hémorrhoïdes qui allaient du sphincter jusqu'à l'S du colon. Écoutez J.-L. Petit; il dit: « Les veines hémorrhoïdales, depuis l'S du colon jusqu'au sphincter de l'anus, étaient variqueuses, *crevées* et *ulcérées* dans l'intérieur du boyau; *les bords de plus d'une trentaine de ces ulcères, le boyau même, dans presque toute son étendue, étaient* DURS *et* CALLEUX. » Ajoutez que le foie a été trouvé dur et peu gonflé, et vous serez très porté à adopter mon opinion (2).

(1) Bayle. *Traité des maladies cancéreuses.* — *OEuvres posth.*, tom. II. *Jonrnal de méd.* 1770.

(2) Petit. *Traité des malad. chirurg.*, t. II, p. 84.

L'état tubéreux polypiforme fait prévoir des particularités dans la symptomatologie, le pronostic et le traitement. Les tumeurs aussi volumineuses que celle du pieux ecclésiastique devront nuire singulièrement à la défécation ; mais une seule tumeur d'un moyen volume peut exister sans empêcher, d'une manière notable, cette fonction. La mobilité des tumeurs pédiculées peut donner lieu à des phénomènes particuliers que j'indiquerai plus tard. Le cancer qui s'offre ici sous la forme de tumeur semble se prêter mieux à une éradication plus complète et plus facile. Mais, précisément, cette forme fait supposer une nature des plus malignes ; de là plus de craintes pour la récidive.

§ IV. Le cancer envahit un côté du rectum, plusieurs points ou tous les points de la circonférence de l'intestin ; de là différens rétrécissemens. On conçoit que, s'il n'y a de dégénéré qu'un point de la circonférence, le rétrécissement aura des effets moins marqués sur la marche des matières que si plusieurs points sont envahis. Si tous le sont, si le cancer revêt une forme annulaire, et si l'anneau a une grande épaisseur, comme cela a lieu, beaucoup plus souvent ici, que dans le cas de dégénérescences fibreuses, il y aura un obstacle plus considérable qui s'opposera à la défécation. On sait que les rétrécissemens de l'urèthre, les hypertrophies de la prostate changent le calibre, la direction et l'étendue de ce canal. Les rétrécissemens du rectum et son cancer changent aussi le calibre, la forme, la direction, l'étendue du rectum. C'est surtout le calibre de cet intestin qui est modifié. Ainsi il peut être rétréci au point de ne pouvoir admettre un stylet du diamètre d'une paille, comme le dit Ruysch, en parlant de son malheureux ami mort d'un squirrhe du rectum qui avait altéré les parois de cet organe,

au point de leur donner deux pouces d'épaisseur de tous les côtés (1). L'épaississement des parois du rectum ne produit pas toujours un rétrécissement proportionnellement aussi considérable. Ainsi, j'ai observé un cas de cancer du rectum avec un épaississement qui se rapprochait beaucoup de celui cité par Ruysch, et cependant l'intestin était loin d'offrir un pareil rétrécissement. M. Reynaud a présenté à la Société anatomique un rectum sur lequel était un épaississement squirrheux à quatre pouces au-dessus de l'anus, et il n'y avait aucune diminution du calibre de l'intestin Cette pièce appartenait à un homme de quarante-cinq ans, qui avait eu plusieurs hémorrhagies abondantes par l'anus et deux mois avant sa mort une diarrhée rebelle, du météorisme et une incontinence de matières fécales (2). Ainsi, il faudra admettre des cancers du rectum plus *concentriques* les uns que les autres. Le cancer le plus concentrique est celui qu'on a appelé ailleurs *atrophique* et qui a pour effet de réduire, de ratatiner les organes. On sait que les mamelles affectées de ce cancer se rapetissent singulièrement, en même temps qu'elles deviennent d'une extrême dureté. Ce cancer, sévissant sur le rectum, doit diminuer tous ses diamètres et agir absolument comme les ulcères en cicatrisation dont l'inodule par sa force de rétractilité porte vers l'axe de l'intestin ses parois. Selon M. Cruveilhier, c'est là la cause de la plupart des rétrécissemens fibreux du rectum. M. Jobert a fait des extirpations de la partie inférieure du rectum qui ont été suivies du rétrécissement dont parle le professeur que je viens de citer. Après avoir lu une bonne partie de ce

(1) Ruysch. *Obs. anat. et chir.*, obs. 95. — Bayle, t. II, p. 116.
(2) *Bulletin de la société anat.*, 14[e] année, p. 38.

qui a été écrit, dans ces derniers temps, sur les rétrécissemens du rectum, il m'est resté la conviction que plusieurs d'entre eux qui ont été considérés comme dus à la dégénérescence fibreuse pouvaient plutôt être rapportés au cancer atrophique qu'on devrait appeler ici *cancer concentrique*.

§ V. Si la matière cancéreuse se répandait également sur tous les points, en perdant de son calibre, l'intestin conserverait sa direction. Il n'en est point ainsi, car le cancer étant irrégulièrement semé, ses couches sont d'une épaisseur inégale, ce qui change la forme, la direction du canal; de là des inflexions qui opposent un nouvel obstacle aux matières dont la marche est déjà retardée par la diminution du calibre de l'intestin. Quand un seul point du canal est malade, son changement de direction peut ne pas avoir les mêmes inconvéniens. En effet, en face de l'épaississement des parois ou d'une tumeur née entre ces parois ou derrière elles, vis-à-vis le cancer enfin, les tuniques intestinales restées saines, conservent leur souplesse, elles se laissent donc distendre, dilater. Alors les matières sont quelquefois si peu retardées dans leur marche, la constipation est si peu prononcée, que le malade porte long-temps cette espèce de cancer, sans s'en douter.

Ces changemens dans la direction pourraient peut-être expliquer les moins grandes difficultés éprouvées par certains malades quand, pendant la défécation, ils prennent des positions inusitées et quelquefois bizarres. Ces déviations du rectum sont importantes à connaître pour le diagnostic. On conçoit qu'un canal, dont les inflexions naturelles sont changées, doit être plus difficile à explorer. C'est surtout la lumière supérieure de l'intestin qui est difficile à rencontrer. Quelquefois le doigt du chirurgien pénètre dans une masse cancéreuse creusée par l'ulcération, quand il croit parcourir encore le

rectum. La sonde exploratrice et la sonde à injection, pourront faire fausse route, soit qu'on tente d'atteindre l'S iliaque du colon par l'anus, soit qu'après avoir ouvert le gros intestin sur un point de l'abdomen, on veuille parvenir au rectum de haut en bas. Le développement irrégulier du cancer et un certain rapport dans les masses dues à son agglomération peuvent produire un effet opposé à celui que je viens de signaler, c'est-à-dire qu'au lieu de la rétention, on observera alors l'incontinence des matières fécales. Ainsi, j'ai observé, à l'hôpital Necker, une vieille femme qui portait à la partie inférieure du rectum, un cancer *non encore ulcéré;* il formait deux tumeurs principalement saillantes en avant et en arrière. Ces tumeurs faisaient subir une dilatation latérale à l'anus qui l'empêchait de retenir les matières fécales. Ici le développement irrégulier du cancer donnait lieu à l'incontinence des matières fécales; tandis que, plus haut, ou autrement disposé, le cancer aurait donné lieu à la rétention. Je reviendrai sur cette particularité.

§ VI. Il est souvent difficile de dire quel est l'élément anatomique primitivement affecté. Quand on en vient à l'autopsie, on trouve ordinairement tous les tissus qui entrent dans la composition du rectum plus ou moins compromis. Cependant on peut quelquefois les distinguer encore, soit à la persistance et même à l'exagération de quelques-uns de leurs caractères, soit à la manière différente dont ils subissent la dégénérescence. On aura des preuves de ce que j'avance ici dans une observation de M. Cruveilhier et dans celle que j'emprunterai à Bayle. Cependant, quand, par exception, on ne trouve qu'un élément anatomique atteint par le cancer, c'est, le plus souvent, le tissu cellulaire qui entre

dans la structure du rectum ou celui qui le double. Ainsi, c'est souvent le tissu sous-muqueux avec ou sans la participation de la membrane interne du rectum, c'est la couche la plus superficielle de ce tissu qui est infiltrée de matière cancéreuse, quand on observe les plaques dont j'ai parlé tantôt. Dans ces cas d'infiltration, on observe quelquefois des hypertrophies des tissus qui n'ont pas encore été envahis; ainsi, on a noté l'hypertrophie de la couche musculeuse; le plus souvent, au contraire, ces tissus sont frappés d'atrophie.

On est porté à admettre l'envahissement du tissu cellulaire qui double le rectum, quand le cancer se manifeste par masses, par des tumeurs volumineuses qui font plus ou moins de relief dans le rectum, en conservant une large base. Alors, souvent, on trouve la répétition de ces tumeurs dans d'autres parties du bassin, lesquelles se lient ou coïncident encore avec de nouvelles masses de même nature, nées dans le parenchyme du foie ou dans d'autres viscères. On peut presque assurer alors qu'il s'agit d'un cancer encéphaloïde. Les masses cancéreuses, qu'il est surtout important d'étudier au point de vue du diagnostic et de la médecine opératoire, sont celles qui se développent à la partie antérieure du rectum. Là, elles se trouvent dans des rapports avec les voies urinaires ou avec les organes génitaux, qui peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic et qui exigent des modifications dans les procédés opératoires, quand on veut les enlever ou les détruire. Ces tumeurs présentent des différences très notables selon les sexes. Ainsi des pièces de l'appareil urinaire sont plus ou moins compromises chez l'homme, tandis que c'est le vagin et la matrice dont les fonctions sont gênées, chez la femme. Ces masses cancéreuses se développent ordinairement dans le tissu cellulaire qui unit la face antérieure

du rectum aux autres organes contenus dans l'épaisseur du périnée ou à la vessie et à la matrice. Dans les commencemens de la maladie, on observe des symptômes qui sont en rapport avec le sens dans lequel la tumeur a acquis son principal développement. Ainsi, si c'est plutôt en avant qu'en arrière, on observera des symptômes du côté des voies urinaires ou génitales, et cela, quelquefois, avant que la constipation soit assez prononcée pour diriger les soupçons du côté de l'intestin. Même, à développement égal du côté du rectum ou du côté des voies urinaires, ce sont celles-ci qui quelquefois souffrent le plus, parce que leurs fonctions sont plus facilement entravées. C'est ainsi qu'on croit pendant long-temps à un rétrécissement de l'urèthre, à une maladie de la prostate, quand il s'agit d'un cancer situé à la partie antérieure du rectum. On est conduit à cette erreur par le malade, qui se plaint surtout et plutôt des souffrances, des difficultés qu'il éprouve pour uriner, parce que cette fonction se répète plus souvent que la défécation, laquelle peut être suspendue pendant long-temps sans inquiéter le malade, sans le faire trop souffrir; tandis qu'un malade qui n'a pas uriné depuis seulement une journée éprouve des inquiétudes, puis des douleurs qu'il manifeste vivement. En effet, le réservoir urinaire est loin d'avoir la capacité de la partie du canal intestinal qui se constitue aussi en réservoir, dans les cas d'obstacle aux matières fécales. Les douleurs de la rétention d'urine étant donc plus vivement et plus promptement éprouvées, les plaintes du malade dirigent l'attention des praticiens sur les voies urinaires plutôt que sur le rectum. Quand, au lieu de produire la rétention d'urine, la tumeur cancéreuse, en comprimant la vessie, l'oblige à évacuer souvent l'urine, la répétition fréquente de cette fonction est encore facilement observée par le ma-

lade; elle frappe plus son esprit et l'attention du médecin que les fréquens besoins d'aller à la selle, lesquels, d'ailleurs, sont souvent attribués à toute autre lésion du tube digestif, dont on s'inquiète beaucoup moins que d'une maladie des voies urinaires. Ceci doit nous engager à explorer le rectum, toutes les fois que des symptômes du côté des voies urinaires se manifestent.

Les tumeurs cancéreuses de la partie antérieure du rectum sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. J'ai sous les yeux plusieurs observations remarquables de ces tumeurs chez la femme. M. Sonnié a présenté à la société anatomique une tumeur portée par une femme qu'il avait examinée avant sa mort. Le ténesme était fréquent. Après beaucoup d'efforts, sortait par l'anus une petite quantité de matières mêlées de glaires. « L'émission des urines est également difficile et douloureuse. Le périnée est saillant. Le doigt porté dans le vagin ne sent pas le col de l'utérus, mais rencontre, à peu de distance, sur la paroi postérieure une tumeur à surface sans inégalités, qui fait une saillie bien plus considérable du côté du rectum où elle présente également une surface lisse et arrondie (1). » Je reviendrai sur la structure de cette tumeur qui avait le volume de la tête d'un fœtus. Dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* on trouve l'observation d'une tumeur située encore entre le rectum et le vagin. Mais ici on a constaté qu'elle était plus prononcée du côté de ce dernier canal; là la muqueuse se trouvait adhérente sur des points et usée sur d'autres, tandis que du côté du rectum cette membrane avait conservé sa mobilité. On conçoit qu'ici l'ex-

(1) *Bulletin de la société anat.*, 9e année, p. 196.

tirpation pouvait être faite du côté du vagin, en respectant au moins la membrane muqueuse du rectum, en évitant enfin une perforation de la cloison recto-vaginale. Malheureusement l'opérateur ne put parvenir à éviter cet accident.

D'autres fois la tumeur plus voisine du rectum et de l'anus peut permettre une extirpation sans lésion du vagin. Ainsi, dernièrement M. Roux a extirpé une tumeur cancéreuse grosse comme une pomme d'api. Elle était située à la partie inférieure et antérieure du rectum. Par une dissection habile, cet opérateur a pu respecter le vagin, le laisser intact (Communiqué par M. Roux).

§ VII. Je viens d'étudier le cancer qui a son origine dans les tissus qui composent le rectum et ceux qui l'entourent immédiatement. Je n'ai pas à faire l'histoire du cancer qui, né dans d'autres organes, envahit consécutivement le rectum. Je dois cependant noter quels sont surtout ces organes.

Quand il s'agit du cancer consécutif, la question de fréquence, selon le sexe, est facilement tranchée. Ainsi la fréquence du cancer de l'utérus doit indiquer *à priori*, la fréquence plus grande, chez la femme, du cancer consécutif du rectum. Il y a même loin entre la fréquence du cancer du vagin et celle des voies urinaires. On peut voir, dans mon livre de *Pathologie externe,* combien les cancers de la prostate sont rares. C'est au point que des auteurs très estimés ont pu nier, avec quelque apparence de raison, le cancer primitif de cette glande. Il est vrai que des cancers de la vessie ont été plus fréquemment observés; mais il n'y a nulle espèce de comparaison à établir entre leur fréquence et celle des mêmes cancers de la matrice, des ovaires et du vagin. Des grandes et petites lèvres, le cancer peut même se pro-

pager à l'anus et de là au rectum. J'ai observé deux cas de cette nature à l'hôpital de Lourcine. Les mêmes organes qui communiquent le cancer au rectum peuvent très bien, par réciprocité, le recevoir de lui. Ici, c'est le vagin qui a le triste privilège de fournir le plus de preuves de cette réciprocité. Aussi les fistules recto-vaginales, par le cancer, sont-elles communes. Puis vient le col de la matrice et son corps. Les organes qui parcourent l'épaisseur du périnée de l'homme résistent plus long-temps à l'envahissement du cancer du rectum.

Que la dégénérescence parte de l'intestin ou qu'elle naisse dans d'autres organes que contient le petit bassin, sa nature envahissante, extensive lui fait réunir, assimiler toutes ces parties dans une espèce de gangue commune. Or, comme le cancer n'envahit que pour détruire, ces organes sont rongés, ulcérés, perforés ; de là des communications entre des canaux, des réservoirs qui, finalement confondus, ne forment plus qu'un cloaque hideux et infect où sont mêlés les matières fécales, l'urine, du sang et des humeurs morbides. Après avoir dévoré, détruit le contenu, le cancer attaque quelquefois le contenant. On a vu, en effet, des organisations de fer résister assez à cette affreuse maladie pour lui donner le temps de s'attaquer aux os mêmes qui composent le bassin, quand elle n'avait plus rien à détruire dans les organes qu'il contient. Rarement le mal se contente d'une voie de propagation ; il fait servir à sa cruelle activité et les moyens qui séparent et les moyens qui unissent les organes ; et ce sont alors tout autant de conducteurs du cancer. Pour atteindre son but de destruction, il utilise même les moyens de réparation. Ainsi le sang, ce véhicule de la vie, se mêle aux élémens de la mort qu'il va porter dans les viscères les plus importans. Voyez le foie : il

est souvent envahi par les mêmes masses cancéreuses qu'on trouve dans le bassin. Sans cesser son œuvre de destruction, dans la localité, le cancer envoie, au loin, des moyens terribles de représentation, afin que s'il est attaqué sur un point il ait des réserves qui malheureusement ne lui font pas défaut.

§ VIII. Des faits importans à noter sont ceux qui se produisent au-dessus et au-dessous du cancer du rectum qui forme un rétrécissement. Au-dessus, il y a accumulation de gaz et de matières fécales, dilatation de plus en plus considérable avec épaississement ou amincissement ou ulcération de l'intestin, ou enfin rupture. On trouve quelques exemples, dans la science, de cet accident toujours mortel. La huitième observation de M. Costallat n'est autre que le fait d'Hevin qui a trait à une crevasse intestinale par gangrène. Il y eut épanchement stercoral. Morand, dit M. Jobert, « cite un cas de rupture du rectum à l'époque du ramollissement du cancer. » — « Moi-même, ajoute ce chirurgien, j'ai pu observer sur un malade traité par des hommes très distingués, MM. Marjolin et Kapeler, une rupture du rectum et de l'intestin grêle survenue à la suite de cette affection; elle fut déterminée par un effort que fit le malade en se levant. » (*Traité théorique et pratique des maladies chirurgicales du canal intestinal*, tome 1er, page 263.) Après avoir fait mention d'un exemple de rupture intestinale présenté à la société anatomique par M. Behier, M. Cruveilhier cite une observation où cet accident est noté. Voici les détails de l'autopsie : « A peine le bistouri eut-il traversé la paroi antérieure de l'abdomen, qu'il s'échappa une grande quantité de gaz fétides qui étaient bien évidemment contenus dans la cavité péritonéale. Les intestins, refoulés en arrière, étaient recouverts

de matières fécales dont la source était une grande perforation du colon ascendant. Le gros intestin était distendu par une grande quantité de matières fécales. Injection très prononcée de la surface péritonéale des intestins grêle et gros. Il fut facile de trouver la cause de la rétention des matières fécales et de la perforation de l'intestin colon dans un rétrécissement dur, annulaire, de la partie inférieure de l'intestin rectum ; rétrécissement assez considérable pour ne pouvoir pas admettre l'extrémité du petit doigt. Quelle était la nature de ce rétrécissement? Etait-ce un cancer dur? Etait-ce un rétrécissement fibreux, une cicatrice, suite d'une ulcération circulaire de l'intestin? Je me suis tu à cet égard; j'ai seulement dit, dans mes notes : rétrécissement, squirrhosité de la partie inférieure du rectum. » (Cruveilhier, liv. 25.) L'organisme se livre quelquefois à des efforts inouïs pour éliminer les matières d'une manière quelconque. Ainsi on le voit quelquefois tenter un anus artificiel ou chercher à creuser une voie collatérale pour transmettre indirectement les matières de la partie supérieure du rétrécissement à la partie inférieure. Mais ces efforts ont toujours été vains. La sixième observation de M. Tanchou est un très bel exemple d'abcès stercoral énorme à la suite d'un rétrécissement probablement squirrheux. La tumeur n'avait pas moins de 15 à 18 pouces; elle fut ouverte; les bords de la plaie tombèrent en gangrène; il en résulta un vaste cloaque. Les gaz et les matières sortaient par cette ouverture, et la malade éprouva quelque soulagement. Mais bientôt les fistules se rétrécirent et la rétention se reproduisit; il fallut faire de nouvelles incisions, une d'elles réunit une fistule à l'anus normal. Emaciation; mort. Pas d'autopsie. En lisant les détails de l'autopsie de Talma, publiés par

M. Breschet, on voit que le colon dilaté au-dessus du rétrécissement se mettait en rapport avec une partie du rectum situé au-dessous du rétrécissement : là allait s'établir un nouveau canal. Mais les adhérences préalables et nécessaires à un pareil prodige firent défaut, et il survint des accidens qui tuèrent le malade.

Les phénomènes qui se passent au-dessous du rétrécissement du rectum, sont ordinairement opposés à ceux qui ont lieu au-dessus. Ainsi, au lieu d'une augmentation du calibre de l'intestin, on trouve une diminution. Il existe, en effet, beaucoup de cas de cancers de la partie moyenne ou supérieure du rectum, dans lesquels on a observé que les progrès du mal se faisaient de bas en haut, et les malades sont souvent morts sans que la partie inférieure du rectum ait été envahie par le cancer. Eh bien, cette portion qui avait été respectée par le cancer subissait une modification de nutrition, une espèce d'atrophie, un retrait absolument comme celui qu'on observe dans les autres canaux de l'économie, qui ne sont plus en rapport suffisant avec leurs modificateurs naturels. La partie inférieure de l'intestin n'étant traversée que par des matières fécales déjà passées à la filière représentée par le rétrécissement subit donc une espèce de diminution de calibre par atrophie. C'est ainsi que le rectum d'un homme de cinquante ans ressemble à celui d'un enfant. Talma présentait cette particularité. Le rectum peut être envahi par deux cancers annulaires, l'un est au-dessus de l'autre, et, entre eux, peut exister, pendant quelque temps, une partie de l'intestin tout-à-fait saine. Mais cette partie subit bientôt une dilatation qui la transforme en une espèce de réservoir d'où les matières fécales sortent difficilement. En effet, les parois de ce réservoir ne sont pas très contractiles, et l'impulsion venue de l'abdomen, se bri-

sant, en grande partie, sur le premier rétrécissement, les matières fécales séjournent dans la poche intermédiaire aux deux cancers. Les fèces ne sortent alors qu'à la suite d'efforts incroyables, absolument comme ceux de l'accouchement; ou bien quand elles sont délayées par une supersécrétion de la membrane qui tapisse l'intestin. Il arrive alors, quelquefois, que la sortie de ces matières délayées est involontaire.

C'est principalement quand le cancer est encéphaloïde que surgit, quelquefois, un incident qui jette une lueur d'espérance sur cette scène de désespoir. En effet, une partie de la masse cancéreuse se détache, est expulsée, et une voie plus large est ouverte aux matières. Mais alors survient souvent l'incontinence, surtout si le cancer attaque les sphincters, ou bien des hémorrhagies, et bientôt progrès sensible dans les désordres causés par la diathèse. La victime détrompée voit qu'elle n'a plus qu'un pas à faire pour gagner le tombeau.

§ IX. Pour établir d'une manière plus positive le pronostic et juger l'ensemble des questions que peut réclamer le cancer, il faudrait distinguer les espèces différentes que présente cette dégénérescence. Il serait utile de savoir quel est du squirrhe, de l'encéphaloïde, du cancer colloïde ou gélatiniforme, celui qui envahit le plus fréquemment le rectum.

M. Cruveilhier admet que cette dernière forme envahit le plus souvent le reste du canal alimentaire; il avance aussi que c'est ce cancer gélatiniforme qui affecte le plus souvent le rectum. Parmi les faits sur lesquels l'opinion de ce professeur est basée, je citerai le suivant. Il est trop remarquable, au point de vue de l'anatomie pathologique, pour que je n'insère pas, en entier, tous les détails de l'autopsie.

« Voici la description anatomique d'un cancer de la partie

inférieure du rectum, qui a été observé chez une vieille femme, et qui offre cette particularité, que la matière gélatiniforme est contenue dans des kystes de diverses dimensions, fortement pressés les uns contre les autres, en sorte qu'on pourrait appeler cette forme de cancer, cancer gélatiniforme enkysté! L'anus était entouré d'une multitude de bosselures d'un égal volume, dont plusieurs considérables étaient surmontées de bosselures plus petites, en sorte que l'ouverture anale occupait le fond d'un infundibulum extrêmement profond. Deux ulcérations se voyaient à l'entrée de l'anus.

« Le rectum présentait, à une petite distance de l'orifice anal, une ulcération en forme de zone; elle était profonde, avait détruit toute l'épaisseur du rectum dans une partie de sa circonférence et communiquait avec des clapiers qui pénétraient jusque dans l'épaisseur de la peau dégénérée qui avoisinait l'anus.

« La dégénération qui avait donné au rectum une énorme épaisseur s'arrêtait brusquement à trois pouces de l'anus : immédiatement au-dessus, le rectum présentait une hypertrophie considérable dans sa membrane musculaire. Cette dégénération, qui avait tous les caractères du cancer gélatiniforme, m'a offert dans ses deux tiers supérieurs une disposition que je n'avais point encore rencontrée. Qu'on imagine une multitude d'acéphalocystes d'inégal volume dont quelques-unes avaient le développement d'un œuf de pigeon, fortement pressées les unes contre les autres et contenues dans une trame fibreuse, et on aura une idée assez exacte de cette altération; mais ce n'étaient point des acéphalocystes.

« L'enveloppe de chaque kyste était fibreuse, très dense et très mince; la matière contenue, tout-à-fait semblable à de la

gelée de pomme, à la surface de laquelle se voyait une matière crétacée représentant exactement, pour l'aspect, la matière crétacée qui couvre les excrémens des oiseaux, cette matière crétacée contenait des concrétions ou grains calcaires. Au centre de la matière gélatiniforme se voyaient deux autres vaisseaux sanguins, semblables à ceux qui se forment dans le germe du poulet, vaisseaux *sans parois,* terminés par un renflement à l'une de leurs extrémités. La trame fibreuse, au milieu de laquelle étaient contenus ces kystes, était évidemment constituée par les membranes du rectum. J'y ai reconnu les fibres longitudinales de cet intestin; on y voyait, en outre, du tissu adipeux, preuve évidente que ces kystes avaient acquis leur développement du côté du tissu adipeux du bassin.

« Le tiers inférieur du rectum ne présentait pas le moindre vestige de kystes, mais bien un tissu aréolaire à mailles fibreuses, rempli, comme une éponge, de matière gélatineuse qu'on exprimait avec la plus grande facilité; cette dégénération s'étendait dans l'épaisseur de la peau; une pellicule extrêmement mince, presque épidermique, avait résisté et recouvrait les bosselures de sa surface; au voisinage de l'ulcération en zone du rectum, la matière gélatiniforme n'avait subi aucun changement, seulement elle était parcourue par un plus grand nombre de vaisseaux sanguins.

« En arrière du rectum était une masse aréolaire gélatiniforme, dont toutes les aréoles présentaient des vaisseaux sanguins (1). »

Les mots de squirrhes, de squirrhosités du rectum, qu'on

(1) *Anatomie pathologique du corps humain*, 25e livraison in-fol., fig. col.

trouve si souvent dans les livres et dans les observations, sembleraient indiquer que la forme squirrheuse se montre très fréquemment au rectum, et, s'il était possible, un jour, d'établir que les rétrécissemens fibreux dont il est si fréquemment question ne sont que des squirrhes dans leur premier état d'évolution, l'opinion de M. Cruveilhier perdrait singulièrement de sa force, à moins qu'on ne considère le cancer gélatiniforme comme une période du squirrhe. J'ai toujours fait la remarque que voici : Pendant la vie des malades, on parle presque toujours de rétrécissemens fibreux, de squirrhosités, de squirrhe, tandis qu'à l'autopsie, c'est l'encéphaloïde qui se fait remarquer ou le tissu colloïde. Le plus souvent, c'est une combinaison de tous les cancers. Je ne sais si on a trouvé de la mélanose. On a rencontré mêlées au cancer des masses fibrineuses, nouveau témoignage de la justesse des idées de M. Velpeau qui fait jouer un si grand rôle au sang, dans toutes les productions morbides. En ouvrant cette grosse tumeur dont j'ai déjà parlé, tumeur observée par M. Sonnié entre le vagin et le rectum, on trouva qu'il entrait dans sa composition « une substance d'un jaune rougeâtre semblable à la fibrine contenue dans les sacs anévrysmatiques, à la couleur près qui était moins intense. Cette partie de la tumeur se laissait diviser en petits faisceaux dans un même sens (1). »

Pour compléter les idées qu'on doit avoir sur la manière dont la matière cancéreuse est distribuée et combinée, je ne puis mieux faire que de citer les détails d'une autopsie décrite dans l'ouvrage de Bayle, lequel peut encore passer pour un maître en anatomie pathologique. J'aurai ainsi, dans

(1) *Bulletin de la société anat.*, 9e année, p. 200.

mon travail les deux autopsies de cancer du rectum auxquelles on aura, peut-être, à faire le moins de reproches. J'ai dit et j'ai démontré, par une observation de M. Cruveilhier, que certaines tuniques de l'intestin pouvaient être hypertrophiées pendant la dégénérescence cancéreuse ; j'ai ajouté que d'autres fois, même après avoir été envahies par le cancer, elles offraient encore des caractères qui les faisaient distinguer. Voici les preuves de cette dernière assertion :

« En fendant l'intestin depuis la partie inférieure de l'S du colon jusqu'à l'anus, on vit que le rectum était partout très épaissi, de sorte qu'à la partie inférieure, à deux pouces de distance de la marge de l'anus, la coupe des parois de l'intestin et du tissu lardacé, qui leur adhérait intimement, avait près de trois travers de doigt d'épaisseur. A la fin du colon et à la partie supérieure du rectum, les parois intestinales étaient à peine durcies et un peu épaissies ; elles étaient d'ailleurs presque saines, mais le désordre augmentait à mesure qu'on examinait le rectum plus près de sa partie inférieure. On distinguait cependant encore, presque partout, trois substances bien distinctes : 1° la substance lardacée placée à l'extérieur ; 2° une substance d'un gris blanc un peu azuré, plus ferme que le tissu lardacé et qui avait un peu l'apparence d'un tissu cartilagineux ; 3° une substance plus blanche et presque d'un blanc de lait dans divers endroits.

« La substance lardacée paraissait formée par une dégénération du tissu cellulaire. La substance cartilagiforme paraissait une transformation de la membrane musculaire, et la substance blanche paraissait être la membrane muqueuse dégénérée. Dans les endroits les plus épais, la substance lardacée avait près de deux travers de doigt, la substance cartilagiforme au moins six à huit lignes, et la substance blanche

quatre à six lignes. De cette dernière on voyait, dans la moitié supérieure du rectum, s'élever des excroissances lenticulaires et pisiformes, molles, rougeâtres ou noirâtres à leur surface, blanches à l'intérieur, parcourues par de nombreux vaisseaux capillaires sanguins qui donnaient au tissu de ces excroissances le même aspect que présente la substance cérébrale chez les très jeunes sujets. Dans les trois pouces inférieurs du rectum, la surface de la membrane muqueuse n'offrait pas de pareilles excroissances ; tout le tissu paraissait uniformément ulcéré, mais il y avait plusieurs fissures ulcéreuses bien marquées, et des restes d'excroissances aplaties.

« Une matière purulente sanieuse et horriblement fétide suintait de toute la surface intérieure du rectum, qui était marbrée de diverses couleurs, rouge, noire, blanche, brune, irrégulièrement distribuées. »

Il y a une autre forme de cancer qui, sous une apparence d'abord plus bénigne, finit souvent par avoir toute la gravité de ceux que je viens d'indiquer. Celui-là, au lieu de commencer par l'induration, par la tumeur encéphaloïde, squirrheuse ou autre et au lieu de se terminer par l'ulcération, débute au contraire par là. Ce cancer ressemble à celui qu'on observe à la face, aux lèvres, quelquefois sur le col de la matrice. Il commence par ulcérer la peau ou la membrane muqueuse, puis naît, autour de l'ulcère, au-dessous de lui, une induration qui suit, plus tard, l'évolution des autres cancers. On prétend que ce sont souvent des ulcérations de nature syphilitique qui finissent par se compliquer de cancer. Ainsi ce serait ce cancer qui surviendrait à la suite des ulcérations vénériennes et dartreuses ; celui aussi qui envahirait les hémorrhoïdes, ulcères, etc. Comme les lésions

dont je viens de parler sont fréquentes à l'anus, comme elles coïncident avec le cancer du rectum, on est porté à établir des rapports étiologiques entre eux. Je déclare cependant, sans prétendre le moins du monde, infirmer ce que d'autres croient avoir bien établi; je déclare n'avoir jamais vu une ulcération vénérienne du rectum se transformer en ulcération cancéreuse, et cependant partout je lis, j'entends parler de cette transformation. Je le répète, je ne la nie pas.

ARTICLE II. — *Symptômes.*

Les symptômes du cancer du rectum peuvent être divisés en deux principales catégories : 1° symptômes relatifs, surtout aux altérations physiques du rectum; 2° symptômes relatifs à la nature de la dégénérescence.

§ 1. Symptômes relatifs aux altérations physiques du rectum.

A. *Examen du tube digestif.* — Voyons d'abord ce qui se passe du côté du rectum. Nous étudierons, ensuite, les symptômes fournis par la partie du tube digestif qui est au-dessus du cancer.

1° La défécation est nécessairement modifiée, ce qui est une conséquence des altérations de forme de calibre de direction de l'intestin malade. Notons, en premier lieu, la rétention des matières fécales, mais sans exagérer la valeur de ce symptôme, car il est des individus qui n'ont poussé aucune selle, pendant des mois entiers, sans en être notablement incommodés. Ainsi M. Tanchou cite une dame qui resta deux mois et demi sans aller à la selle. Elle n'avait aucune espèce de rétrécissement du rectum. Cette constipation, se-

Ou la sortie, par l'anus, des matières des humeurs est soumise à l'empire de la volonté au moment de la défécation et mêlées entre elles, ou bien il y a incontinence. Il vient une période du cancer où la sanie, les glaires, le sang et même les fèces sortent involontairement: c'est la période d'ulcération. Même, avant l'ulcération, il peut sortir involontairement une ou plusieurs des humeurs indiquées. Alors surtout, on observe les pertes de sang; plus rarement, l'élimination de portions plus ou moins considérables du cancer. Quand ces deux phénomènes se produisent, on soupçonne un encéphaloïde. Ils sont expliqués par le ramollissement, l'ulcération, la gangrène même du cancer. On a vu quelquefois celui-ci être éliminé par les seuls efforts de l'organisme, lequel s'est mis à travailler ensuite à la cicatrisation de la caverne d'abord creusée par le cancer. Mais, comme, même ce qui est heureux ailleurs, doit devenir fatal ici, la cicatrice produit un rétrécissement; de là, de nouvelles rétentions des matières qui ne cessent qu'après un retour du cancer, auquel le malade succombe nécessairement.

J'ai parlé, dans le premier article, d'une disposition particulière des tumeurs cancéreuses voisines de l'anus, qui peut donner lieu à l'incontinence. On conçoit que des tumeurs situées au commencement du rectum puissent, en se développant, comprimer, paralyser le sphincter et produire l'incontinence, quand les matières sont liquides. Ces tumeurs, en se développant du côté du sphincter externe, font quelquefois une saillie plus ou moins considérable à l'extérieur. Quand elles règnent sur tous les points de l'anus, elles forment, par ce développement extérieur, un véritable ajoutage du rectum. C'est par le même mécanisme, mais, en sens inverse, que l'urèthre se trouve prolongé à la faveur

de certaines hypertrophies de la prostate. Mais tandis que, pour l'urèthre, l'ajoutage a lieu du côté du bassin, le rectum reçoit son prolongement au dehors. Peu importe; les résultats sont quelquefois les mêmes. Ainsi, comme on voit le développement intra-vésical de la prostate donner lieu à l'incontinence et à la rétention d'urine, on voit aussi le développement extra-anal du rectum produire la rétention, l'incontinence des matières fécales.

En faisant l'anatomie pathologique du cancer, j'ai parlé de certaines tumeurs pédiculées, polypiformes; elles peuvent, par les efforts de la défécation, être portées au dehors ou se rapprocher, et donner lieu à des rétentions de matières qui sont augmentées par les efforts mêmes du malade. En sortant de l'anus elles peuvent être exposées à une espèce d'étranglement, et chassées comme le sont certains polypes de la matrice.

L'examen du rectum est de toute nécessité pour donner une valeur aux symptômes que je viens de passer en revue.

Le *toucher* doit être placé en première ligne, puis vient le *spéculum* et l'exploration avec les diverses *sondes* et *bougies*, enfin l'*injection*.

Le *toucher* offre des difficultés; il est fructueux quand le cancer attaque la partie inférieure ou la partie moyenne du rectum, et quand il est borné. Il offre les plus grandes difficultés et une bien moins grande certitude, si le cancer est voisin de la limite supérieure du rectum, et si naissant plus bas, il se prolonge en haut et a des bornes mal tracées. Pour retirer tous les avantages possibles du toucher, le chirurgien devra prendre plusieurs positions et varier celles du malade. Celui-ci sera couché sur le dos ou dans les positions classiques pour les opérations de la fistule à l'anus et de la taille souspubienne;

ou bien on cherchera à rapprocher son attitude de celle d'un quadrupède, il se tiendra sur les mains et les genoux; ou bien encore il sera debout devant le bord du lit sur lequel il se penchera en tournant le dos à l'opérateur. Le chirurgien se placera donc devant ou derrière le malade. C'est en se plaçant derrière qu'il pourra aller plus profondément, surtout s'il dirige le doigt à gauche, et si pendant l'exploration il invite le malade à pousser comme s'il allait à la selle. Il faut que le doigt fasse une inspection détaillée, minutieuse, qu'il ne laisse pas un recoin en avant, en arrière sur les côtés de l'intestin; qu'il ne s'en laisse pas imposer par de petites valvules, par un resserrement spasmodique habituel ou causé par le toucher lui-même. Il ne prendra pas pour un cancer les hémorrhoïdes internes, ce chapelet circulaire de tumeurs qui s'affaissent complétement ou résistent un peu, mais reviennent à leur premier état, et offrent d'ailleurs une élasticité que le cancer commençant n'a jamais. Quand, par le toucher ordinaire, on a pas pu parvenir à un cancer élevé, M. Amussat conseille à l'opérateur de pousser, en haut, le coude qui correspond à la main exploratrice avec la main libre, et même de faire pousser ce même coude par un aide. De cette manière, on refoule, en haut, le périnée, et on atteindrait des cancers qui, sans cette manœuvre, auraient échappé au doigt du chirurgien. Quand on a inutilement tenté d'atteindre le cancer avec le doigt, on doit chercher à le rapprocher de cet organe par des pressions méthodiquement faites sur l'abdomen et dirigées dans le petit bassin. Je dirai qu'en admettant la possibilité de ces dernières manœuvres, on devra les considérer comme d'une utilité bornée, car elles peuvent, tout au plus, donner une idée sur l'existence d'une tumeur. Mais ses limites, sa nature ne peuvent

guère être appréciées par le bout du doigt qui touche à peine un point très limité du mal. Le doigt est le meilleur appréciateur quand il peut être promené sur toute une tumeur. Alors si sa consistance est considérable, si elle n'a aucune élasticité, si elle est sur les parties latérales du rectum ou en arrière ; ou bien si le doigt pénètre dans la tumeur qui se laisse facilement écraser ; alors il y a de fortes présomptions pour le cancer. On devra se méfier des tumeurs antérieures, car, chez la femme, elles peuvent être confondues avec le corps de la matrice, son col et même un pessaire. Chez l'homme, des maladies de la vessie, de la prostate, des calculs prostatiques, ceux de l'urèthre et de la vessie, une maladie des vésicules séminales, peuvent répandre de l'obscurité sur le diagnostic. Ainsi, pour la femme, à peine le doigt est-il sorti de l'anus qu'on l'introduira dans le vagin, pour s'assurer de l'état de ce canal, de celui de la matrice. Cet organe peut être diversement incliné, et si le corps se porte du côté du rectum, on sent, par le vagin, le museau de tanche dirigé du côté de la vessie, tandis que le doigt introduit dans l'intestin constate à sa partie antérieure une tumeur mal limitée plus ou moins mobilisée par des pressions qu'un aide exerce sur l'abdomen ; alors on est porté à admettre que la tumeur est formée par la matrice, surtout si la surface est parfaitement lisse. Mais certaines complications jettent, quelquefois, une nouvelle obscurité sur le diagnostic. Ainsi, le corps de la matrice ainsi dévié peut lui-même subir la dégénérescence cancéreuse ; alors, si l'ulcération consécutive ouvre cet organe, le doigt, et surtout la sonde exploratrice, peuvent pénétrer dans cet organe, ce qui constitue une fausse route. On peut croire alors avoir pénétré dans une vraie tumeur qui faisait saillie dans le rectum et qui aurait été perforée. Quel-

quefois, au contraire, on croit pénétrer dans la matrice ainsi perforée, parce qu'on a dirigé le doigt en avant, et on est en réalité dans le rétrécissement, parce que le cancer a porté fortement en avant la partie supérieure de l'intestin. Un pareil fait s'est présenté à M. Cruveilhier (1). Une antéversion de la matrice a dirigé fortement le col en arrière; ce col a pénétré dans le rectum à la faveur d'une perte de substance de cet intestin. Ici, encore, plusieurs causes d'erreur, on peut prendre le col utérin pour une tumeur cancéreuse, et on a vu des mèches être introduites dans la matrice par le museau de tanche. Ainsi, les moyens d'exploration par le vagin et par le rectum devront être employés simultanément, car ce n'est qu'après un mutuel contrôle qu'ils parviennent à donner au diagnostic des élémens d'une grande valeur. Dans le rapport de l'autopsie d'un sujet mort dans le service de M. Rostan, à la suite d'une lésion organique du rectum, il est dit : « On trouve supérieurement et inférieurement à l'intérieur de l'intestin un bourrelet épais, saillant sous la membrane muqueuse, largement développé qui, par sa configuration, a quelque analogie avec le museau de tanche, et par sa consistance donne au toucher la même sensation (*Presse médicale*). » Ainsi, si en touchant par le rectum on avait trouvé une pareille disposition chez la femme, une erreur opposée à la dernière que j'ai signalée aurait pu être commise.

Chez l'homme, c'est le cathétérisme de l'urèthre et de la vessie qu'il faut joindre au toucher par le rectum. Ce cathétérisme sert souvent à bien marquer la place de la prostate

(1) *Anatomie pathologique du corps humain*, 33e livraison in-fol., fig. color.

et de l'urèthre, et, s'il y a des tumeurs dans ces parties des voies urinaires, s'il y a des corps étrangers, le cathétérisme sert à les déceler.

L'application du *spéculum* est difficile, douloureuse et peu profitable. Ou le cancer est à l'extrémité inférieure ou à l'extrémité supérieure, ou bien entre ces deux extrémités de l'intestin. Pour l'examen du premier point, il est plus difficile, il cause plus de douleur, et il est d'un avantage plus contestable que le toucher. Les cancers de l'extrémité supérieure ne peuvent guère être explorés par le spéculum, car ce n'est que par le bout interne de l'instrument qu'ils peuvent être vus; or, on sait que la muqueuse rectale qui est si lâche, forme bientôt un bourrelet qui oblitère plus ou moins cette ouverture du spéculum. D'ailleurs, à sa partie supérieure, le rectum présente ce resserrement bien indiqué par O'Beirn, resserrement qui augmente par l'irritation produite du corps explorateur. Les cancers de la partie moyenne, renfermés dans certaines limites, peuvent plus facilement, plus fructueusement être explorés; mais il faut alors se servir d'un spéculum à trois valves. Une ou deux valves pourront être retirées quand le spéculum aura été introduit dans le rectum; là où les valves manqueront restera une fenêtre par laquelle on pourra voir le cancer. C'est surtout pour l'application du spéculum qu'il faut avoir égard à la direction et à l'état du spasme du rectum. On devrait donner au spéculum une courbure adaptée à la principale inflexion du rectum; alors une fois qu'il aurait franchi l'anus, ce qui est quelquefois très douloureux, en le dirigeant à gauche, on l'introduirait plus facilement. Je voudrais un spéculum ayant une courbure analogue à celle du sacrum; on le présenterait à l'anus, la concavité dirigée du côté du

coccyx; après un pouce de trajet, on imprimerait à l'instrument un demi-tour de rotation qui amènerait, en avant, sa concavité. Ce mouvement de demi-rotation, qui ressemblerait au tour de maître des lithotomistes, faciliterait l'introduction et placerait le spéculum dans la direction du rectum et de l'os sur lequel cet intestin est appuyé. Mais si l'on se rappelle ce que j'ai dit sur les changemens de direction d'un rectum cancéreux, on reconnaîtra souvent la vanité, l'inutilité de ces moyens d'exploration.

En traçant les règles de l'application du spéculum, j'ai, par anticipation, indiqué la marche qu'il fallait suivre pour l'introduction des *sondes*, des *bougies à empreinte*. Ces moyens d'exploration sont surtout usités quand le doigt nu ou armé d'un dé à coudre surmonté lui-même de phalanges artificielles, n'a pu atteindre le mal. Or, dans ce cas, il est très difficile d'explorer le cancer, et la cire à mouler, en supposant qu'elle parvienne jusqu'au cancer, ne pourra en donner qu'une idée bien incomplète. Les empreintes qu'elle aura reçues seront la plupart effacées quand on retirera la bougie, car il faudra qu'elle parcoure, à son retour, tout le rectum et qu'elle franchisse enfin l'anus : or, il est difficile de croire que cette filière laisse intactes les empreintes qui n'auraient pas été effacées par les divers replis du rectum et par la contractilité spasmodique qui se manifeste souvent pendant les manœuvres d'exploration, surtout à la partie supérieure de l'intestin. L'introduction des sondes est surtout utile pour conduire, dans la partie supérieure du rectum, ou au-dessus du cancer, des liquides dans le but de délayer les matières fécales et de faciliter leur expulsion. Ici, la sonde à double courant, de M. le professeur Cloquet, peut avoir des avantages. On peut se servir d'une sonde œsophagienne comme celle

qui fut employée par Dupuytren quand il pratiqua le cathétérisme du rectum chez Talma. Il vaudrait mieux cependant, pour plus de certitude d'atteindre la lumière supérieure, employer une sonde courbe ; mais la courbure devra alors appartenir à un plus grand arc de cercle que celui des sondes uréthrales.

Les *injections*, qui devront d'ailleurs précéder tous les autres moyens de diagnostic, sont elles-mêmes un excellent moyen d'arriver à la certitude. Selon moi, elles ont une grande valeur. Elles devront être faites avec soin et par le chirurgien même. Si on les confiait à des mains ignorantes, on pourrait être singulièrement trompé par la circonstance que voici : Quand le rétrécissement est très élevé, reste au-dessous de lui presque tout le rectum qui peut se dilater au point d'admettre une certaine quantité de liquide. Ainsi, par exception, cette partie du rectum peut être dilatée, c'est ce qu'on observait chez le malade dont M. de Laberge a publié l'observation. Le liquide peut passer entre la canule et le rectum. La personne ignorante qui a donné le lavement, le malade qui l'a administré lui-même voyant qu'une assez grande quantité de liquide a été épuisée, assurent que les lavemens passent. Il faut donc que le chirurgien sache à-peu-près la mesure, la quantité de liquide que peut contenir l'intestin sans qu'il en passe entre la canule et l'anus. S'il constate ce reflux, après avoir poussé une petite quantité de liquide ; si, en même temps, existent un poids considérable au fondement et des difficultés toujours croissantes pour aller à la garderobe, si ces trois circonstances sont réunies, on est bien près de pouvoir établir l'existence d'un rétrécissement anal par dégénérescence.

L'injection peut entraîner du sang, de la matière cancé-

reuse seule ou mêlée à des matières fécales. Cette circonstance peut encore éclairer le diagnostic.

2° Examinons maintenant ce qui se passe dans la partie du tube digestif qui est supérieure au rétrécissement. Un obstacle s'oppose à la libre circulation des matières, des humeurs stercorales et des gaz ; ceux-ci s'accumulent et donnent lieu nécessairement à un développement de l'abdomen qui revêt des caractères particuliers. Si les parois abdominales ne sont pas trop épaisses, souples, peu chargées d'embonpoint, on peut constater sur diverses parties du ventre des bosselures. Elles sont prononcées, sur le trajet du gros intestin, principalement vers ses dernières parties, à la fosse iliaque, au flanc gauche. Là existe une matité prononcée, et, si la palpation peut être convenablement faite, on sent une série de tumeurs plus ou moins dépressibles, quelquefois mobiles, soit par une pression forte, soit par le mouvement des intestins. Quand cette dépression, cette mobilisation des tumeurs stercorales sont possibles, on les distingue des autres tumeurs du bassin qui pourraient être produites par des inflammations, par des dégénérescences profondes. En percutant, on suivra le trajet connu du colon, en allant de sa terminaison à son origine. A mesure qu'on approche de ce point, la matité se transforme en bruit humorique ou hydro-pneumatique. Le doigt constate déjà de l'élasticité qui devient plus manifeste à mesure qu'on va vers les petits intestins dont la percussion donne lieu au bruit tympanique. Ordinairement ce bruit est plus prononcé à mesure qu'on va vers le centre même de l'abdomen. Comme on le pense bien, le siège des divers bruits peut varier, car rien n'est mobile comme les intestins, et la quantité, la nature des matières qu'ils contiennent diffèrent

aussi. C'est ainsi qu'une partie du gros intestin chargée de fèces peut plonger dans le bassin. Alors, s'il n'y a pas de fèces dans les autres parties de l'intestin on ne constatera pas une matité absolue du côté de l'abdomen. Pour arriver, par la percussion, à la constatation bien exacte des matières fécales contenues dans l'intestin plongé dans le bassin, il faudrait déprimer fortement les parois abdominales; or, les gaz qui les distendent empêchent le succès de cette manœuvre. On conseille alors de percuter le bassin. L'étendue de la matité, celle de la tympanite, sont en rapport avec les matières, les humeurs stercorales, les gaz retenus au-dessus du rétrécissement.

On entend aussi des bruits par l'auscultation et même sans ausculter méthodiquement. Ainsi les borborygmes, les éructations sont parfaitement entendus, même à distance. Souvent en changeant le malade de place ou en exécutant une succussion méthodique, on entend un gargouillement prononcé, le bruit d'un tonneau en vidange.

Dans ces derniers temps, on a imprimé qu'une malade ne pouvait se tenir dans le bain, tant sa tympanité la rendait légère (2me Mém. de M. Amussat, 2me obs.). Une autopsie, faite par M. Camus (*Revue médicale*, 1833, t. III), a prouvé qu'une tympanite très prononcée a pu abaisser l'utérus au point de produire un vrai prolapsus.

La fluctuation a été aussi constatée dans les cas de rétention de matières fécales.

J'ai déjà dit que les matières fécales, les gaz, enfin la défécation n'était pas toujours complétement supprimée. Mais elle est incomplète, imparfaite toutes les fois qu'il y a un obstacle au gros intestin, et ce sont les reliquats, l'*arriéré* des défécations qui ne se font pas complétement, qui s'accu-

mulent, agissent sur tout le tube digestif intestinal, changent ses dispositions physiques, modifient même ses conditions vitales et préparent les autres accidens qui ressembleront au *miserere*, au *volvulus*, à l'*étranglement*. Aussi toutes les fois qu'on constatera une tympanite peu ou très prononcée, toutes les fois que cette tympanite prendra une forme chronique, que les selles soient fréquentes ou qu'il y ait constipation, qu'il y ait ou non poids, douleur, gêne du côté du bassin, explorez le rectum, portez très haut les moyens d'exploration, vous rencontrerez plus souvent qu'on ne le croit une affection organique du rectum, et tous les jours vous verrez diminuer le nombre des tympanites essentielles.

Quand le cancer oppose un obstacle insurmontable aux matières contenues dans le tube digestif, celui-ci est réduit à une seule ouverture, *la bouche*. L'accumulation va toujours en augmentant; après les gros, ce sont les petits intestins qui se distendent, l'estomac lui-même subit une distension. Alors le trop-plein doit sortir par la bouche ou par une ouverture qui s'opère dans l'abdomen, par une crevasse, une ulcération. J'ai déjà parlé de ces accidens. Des hoquets, des éructations, des vomissemens ont donc lieu, et quelquefois ils ont une odeur de matière fécale. L'haleine a cette fétidité. Cette odeur est même exhalée par la sueur visqueuse qui couvre la peau du malade, sueur qui ressemble beaucoup à celles des malheureux qui ont une rétention d'urine. Les médecins qui ont du goût pour la multiplication des fièvres pourraient bien trouver ici une fièvre dont le nom serait très facile à trouver aussi.

De pareils désordres physiques ne peuvent se produire sans que la vie s'en mêle. Alors apparaissent des symptômes qui annoncent des souffrances, surtout du côté des grands

appareils de la vie organique. Ainsi douleur abdominale plus ou moins prononcée, plus ou moins étendue; fréquence, petitesse, dureté du pouls; anxiété précordiale, fréquence de la respiration en rapport avec la distension du ventre; altération de la voix, elle est grêle et comme voilée; aspect grippé de la physionomie; refroidissement des extrémités; sueur plus ou moins visqueuse et froide répandue sur le front, la poitrine, les membres; rareté des urines, amaigrissement rapide. On n'observe presque jamais des troubles des facultés intellectuelles.

B. *Examen des organes en rapport avec le rectum.* — Avant d'envahir et de détruire les organes contenus dans le petit bassin, le cancer gêne plus ou moins, par sa présence, leurs fonctions. De là, des phénomènes, des symptômes particuliers dont la connaissance est utile au diagnostic. On conçoit que la présence d'une tumeur du rectum peut, en empêchant le développement de la matrice, produire l'avortement. Cependant, M. Cruveilhier cite un cas où, malgré un cancer avancé du rectum, la grossesse put atteindre le septième ou huitième mois. Mais le volume de la tumeur, formée par le cancer, peut rendre l'accouchement laborieux, en diminuant l'étendue des détroits du bassin ou remplissant plus ou moins son excavation. Ainsi, dans la même observation, à laquelle je viens de faire allusion, M. Cruveilhier dit : « Je trouvai M. Sobaud (chirurgien ordinaire) qui tenait un pied de l'enfant et éprouvait les plus grandes difficultés à dégager l'autre, attendu que la tumeur (le cancer du rectum) remplissait l'excavation du bassin et ne laissait pas d'espace pour l'introduction de la main; je fus

assez heureux pour triompher de cette difficulté. L'enfant vint mort au terme de sept à huit mois (1) ».

On voit donc que, s'il n'y a pas eu avortement, il y a eu au moins accouchement prématuré, accouchement difficile et mort de l'enfant.

J'ai déjà fait mention du prolapsus de l'utérus qui pouvait avoir lieu par le développement des gaz dont les intestins supérieurs au rétrécissement sont distendus. Les tumeurs cancéreuses développées entre le rectum et le vagin, celles même qui naissent tout-à-fait du côté du rectum peuvent très bien gêner le coït et empêcher son entier accomplissement; car il est de ces tumeurs qui arrêtent le doigt et l'empêchent de parvenir au col utérin, quand on l'introduit par la vulve, dans un but d'exploration. En parlant de ces mêmes tumeurs qui sont en avant du rectum, j'ai fait mention des dérangemens subis par l'excrétion urinaire; je connais un cas où, même chez la femme, ce phénomène se produisait. J'ai expliqué déjà comment, chez l'homme, les symptômes du côté des voies urinaires pouvaient précéder ceux qui sont produits du côté des voies digestives. J'ai dit comment ces circonstances pouvaient donner lieu à des erreurs de diagnostic. Ainsi, la tumeur, quand elle est élevée, peut porter sur la vessie, la comprimer, empêcher plus ou moins sa dilatation; de là, fréquence de l'émission de l'urine, et presque incontinence dans des cas graves; ou bien, en comprimant le col de la vessie et la prostate, le cancer relève ces parties, et rend plus difficile ou même impossible l'écoulement des urines. Le même effet peut être produit par un cancer plus voisin de l'anus qui comprime alors l'urèthre. Je le répète

(1) *Anat. pathologique*, 33e livraison.

encore, on ne devra jamais omettre d'explorer le rectum, quand on observe un dérangement dans le cours des urines; jamais aussi on ne négligera le cathétérisme, si la défécation est dérangée au point d'indiquer une lésion du rectum. Qu'il y ait rétention d'urine ou de matières fécales, dans les deux cas, on observera un développement de l'abdomen. Il faudra donc ne pas se borner au toucher médiat ou immédiat des canaux, des réservoirs qu'on croit malades, mais palper, percuter l'abdomen et le faire méthodiquement.

§ II. Symptômes relatifs à la nature de la dégénérescence.

Comme on le pense bien, je ne dois pas développer ce paragraphe, car je n'ai pas à faire l'histoire générale du cancer.

Les diverses modifications de la sensibilité éprouvées dans le rectum, dans le bassin, du côté de l'abdomen ou même vers les membres inférieurs; ces modifications ressemblent beaucoup à celles qui se lient à l'existence d'hémorrhoïdes, à une affection de l'utérus, des ovaires, de la prostate, de la vessie même. C'est une gêne, un poids au fondement, des douleurs aiguës qui semblent traverser dans différens sens le bassin, et qui ne sont pas continues. Celles de la matrice ont ordinairement des rapports d'exacerbation avec les règles ou les fonctions génitales. Les douleurs produites par les hémorrhoïdes sont plutôt pulsatives. Celles du cancer, du rectum, piquent comme des aiguilles; elles ont l'instantanéité, la rapidité de l'éclair, et ont plutôt des rapports avec les diverses périodes de la digestion. Elles sont réveillées par des excès de table, par des troubles de cette fonction, par les efforts de la défécation, par la toux. Il semble quelquefois que les douleurs remontent le long du tube digestif, et elles sont suivies d'un sentiment de faiblesse tout particulier.

La douleur peut être absente pendant très long-temps ; le mal alors n'est décelé que par les symptômes sympathiques ou par les lésions physiques que j'ai déjà indiquées, lesquelles peuvent même donner la mort sans que la douleur se soit manifestée du côté du rectum. Ainsi, il y a eu des cas mortels de rétention de matières fécales, sans que le malade eût, le moins du monde, parlé d'une douleur du côté du bassin. Le fait cité dans la *Presse médicale*, par de Laberge, est une preuve de ce que j'avance ici. Quelquefois il y a des altérations déjà très notables dans la nutrition, un amaigrissement marqué, de la fièvre, à différens momens de la journée, sans que la douleur se soit manifestée du côté du rectum.

Mais, au moment de l'élimination, la douleur éclate ordinairement ou, si elle s'est déjà manifestée, elle s'exaspère. Alors, ordinairement, apparaissent la teinte *jaune paille* et cet état que les auteurs ont appelé *cachexie cancéreuse*. Avant l'ulcération, mais surtout après, quand des portions de cancer sont détachées, surviennent des hémorrhagies qui jettent le malade dans cette décoloration particulière due à un état de la circulation qui se manifeste par des bruits particuliers des artères, bruits *de rouet*, bruits *de diable*, découverts et si bien décrits par M. le professeur Bouillaud.

ARTICLE III. — *Marche, terminaisons.*

L'origine du cancer du rectum est inconnue, la marche variable, la terminaison fatalement la même, toujours prévue ; c'est la mort. Mais à quelle époque l'exécution de ce terrible arrêt ? L'ignorance du point de départ implique l'ignorance du terme de la durée. Bayle compte les jours que le malade a à vivre depuis l'époque où il y a eu des dou-

leurs bien marquées du côté du rectum, une constipation opiniâtre ou du dévoiement. Selon le calcul de ce médecin, la durée serait alors de six mois à deux ans. Les cas exceptionnels seraient ceux où la maladie, à partir de ces accidens, aurait duré quatre ou cinq ans. On voit combien les bases de ce calcul sont fragiles. En effet, on peut ainsi commencer à compter un an et plus, après l'existence du cancer, et seulement à sa dernière période; car il en est qui ne font souffrir et ne dérangent notablement la défécation qu'au moment de l'ulcération. On confond quelquefois le cancer avec les maladies auxquelles il a succédé ou qui en ont été une des causes. Le cancer a donc déjà commencé que les malades croient n'avoir que des hémorrhoïdes, ou une affection dartreuse, ou une ulcération syphilitique (Bayle). Dans ces cas, il y a du côté du fondement des modifications de la sensibilité, qui ne sont que l'exagération de celles des maladies auxquelles le cancer succède.

La maladie ne débute pas toujours par des phénomènes qui se passent du côté du rectum. Ainsi, il peut y avoir des coliques, des borborygmes, du ballonnement du ventre avant aucun phénomène du côté du bassin. Je répète encore ici que les premiers phénomènes se manifestent quelquefois d'abord par des souffrances du côté des voies urinaires. Mais, dans le plus grand nombre des cas, apparaissent d'abord des modifications de la défécation; il y a une constipation qui va toujours en augmentant et qui produit les effets, les accidens déjà décrits.

On admettra des exceptions, non très rares cependant. Il y a des intermittences, des momens de répit, une espèce de tolérance de la part du mal. M. Cruveilhier parle d'un officier qui avait des accidens qui le mettaient à deux doigts

de la mort; puis survenait un calme parfait de quatre jours, pendant lesquels le malade revenait à la joie, à l'espérance, et jouissait des plaisirs de la table. (*Loc. cit.*, 33e livr.)

Comme les rétrécissemens de l'urèthre, les rétrécissemens du rectum n'opposent pas un obstacle complétement physique au cours des matières fécales. Il y a ici encore des spasmes, des congestions momentanées accidentelles, des différences dans la digestion, dans ses derniers résidus, qui doivent donner lieu à des modifications dans la défécation, et qui expliquent, au moins en partie, les intermittences dont il s'agit. Quelquefois un purgatif, un bain, un lavement, produisent un bien-être qui passe pour la guérison, tant on a de dispositions à se tromper dans ces circonstances malheureuses. Mais, le plus souvent, les accès reviennent toujours plus terribles, toujours plus indomptables.

Il peut arriver, mais très rarement, que le cancer soit éliminé, et qu'il y ait commencement de cicatrisation de la solution de continuité laissée par la tumeur qui est tombée. Mais cette cicatrisation ne se complète jamais; elle est bientôt reprise par l'ulcération qui la dévore. La nature, la forme du cancer, peuvent avoir une influence sur la marche des accidens. Ainsi, il est certain que le cancer concentrique, cette espèce de squirrhe avec retrait considérable des parois du rectum vers son axe, doit donner lieu à des accidens du côté du ventre beaucoup plus promptement mortels que le cancer qui se présente sous une autre forme. Mais alors cette autre forme, c'est, le plus souvent, l'encéphaloïde; cancer dont la répétition dans les viscères est fréquente, et qui, par conséquent, marche presque toujours avec une complication qui hâte le terme fatal. En effet, avec lui est souvent une teinte jaune de la peau qui an-

nonce que le foie participe à la dégénérescence. Ce cancer a une influence plus délétère. D'un autre côté, quand son ulcération commence, elle marche avec rapidité, et c'est lui qui donne lieu aux hémorrhagies les plus abondantes. Ainsi le cancer concentrique, qui est surtout formé de squirrhe, peut donner lieu à des rétentions de matières, à des accidens du côté du bas-ventre, qui peuvent tuer plus violemment le malade. Les autres cancers agissent davantage sur l'ensemble de l'organisme; ils l'empoisonnent ou l'affaiblissent; ils se lient mieux à la *cachexie* et au marasme. Le malade meurt donc, pour ainsi dire, violemment, par des accidens du côté du ventre, ou par une espèce de décomposition vivante. Quelquefois la mort arrive au moment où l'on s'y attend le moins; elle n'est pas précédée par de graves accidens, elle a lieu avant que le terme du marasme soit avancé. L'époque de la mort de Broussais était peu prévue, puisque des soupçons d'empoisonnement s'élevèrent, et on crut nécessaire de soumettre les entrailles de cet illustre mort à une analyse chimique.

Il y a donc une mort violente, une mort par infection cancéreuse. L'infection purulente a eu lieu aussi dans des cas de complication, et on a observé des pneumonies finales. Ainsi, M. Cruveilhier croit que c'est par cette inflammation que meurent la plupart des malheureux porteurs d'une dégénérescence. Ce n'est pas tout, car la mort est très fertile en procédés. Notons la phlébite et les inflammations du tissu cellulaire du bassin. Un rétrécissement, même un rétrécissement peu considérable, peut faire mourir en annulant peu-à-peu la digestion. Il y a *consensus* entre les diverses pièces de l'appareil digestif; or, quand une d'elles est gênée dans ses fonctions, quand, depuis long-temps, elle ne fonc-

tionne qu'à demi, les autres se plient plus ou moins à cet état. Ainsi, le malade finit par ne manger qu'à demi, il craint même parfois de manger, prévoyant les souffrances qu'il se prépare. Le malheureux vit donc à demi ; or, une pareille existence est facilement renversée par le moindre accident, par la moindre maladie. C'est ainsi que meurent certains individus affectés de cancer du rectum, et cela sans qu'on s'en doute. Il se passe alors ce qui a lieu pour le cancer de l'œsophage non encore très prononcé. L'alimentation a lieu, mais elle est insuffisante, et quoique le malade ne cesse pas de manger, il meurt d'inanition. Je puis très bien comparer mon malade à celui qui a un rétrécissement du larynx, de la trachée. Celui-ci ne périt pas toujours par asphyxie, il s'éteint souvent parce qu'il respire à demi. La digestion de l'air se faisant à moitié, il vit donc à moitié. L'hématose étant insuffisante, la nutrition, l'innervation, s'affaiblissent, et le malade s'éteint lentement.

Pour le dire en passant, beaucoup d'opérés de la laryngotomie meurent ainsi. C'est ce qui montre l'excellence du conseil donné par M. Velpeau, qui veut qu'une large canule soit introduite dans le tube aérien pour que les malades respirent largement.

On conçoit que les complications, les maladies intercurrentes peuvent singulièrement hâter le moment de la mort. Ainsi des chutes d'une partie du rectum, des invaginations du colon, le prolapsus de la matrice, du vagin, des nécroses du sacrum comme cela a été observé par M. Costallat (29e obs.), la grossesse, des calculs dans la vessie et dans d'autres points des voies urinaires ; toutes ces circonstances peuvent amener une mort plus prompte.

ARTICLE IV. — *Étiologie.*

La même obscurité qui règne sur l'étiologie générale du cancer se remarque dans les causes du cancer du rectum.

L'hérédité a rarement été notée par les auteurs. M. Tanchou parle, dans sa 9e observation, d'un sujet qui avait un squirrhe du rectum et dont le père était mort d'un rétrécissement du même intestin. Mais, dit M. Tanchou, les tuniques de cet organe n'étaient ni dures ni épaisses. Si c'était là réellement un rétrécissement, ce serait une preuve, très indirecte à la vérité, du rapport qui existe entre le cancer du rectum et les autres rétrécissemens de cet organe. Les constitutions hémorrhoïdaires, comme le disent les praticiens, doivent prédisposer au cancer. Les personnes qui restent longtemps assises sont sujettes au cancer du rectum, comme le prouvent beaucoup d'observations. En effet, cette habitude favorise l'état congestif du côté du bassin et la constipation, qui, ici, est considérée comme cause, tandis qu'elle a été notée comme effet. White, surtout, croit beaucoup à la constipation comme cause, et signale la courbure de l'intestin rectum au moment où il plonge dans le petit bassin, courbure contre laquelle le boudin fécal viendrait heurter. O'Beirn parle de l'état de resserrement naturel de la partie supérieure du rectum et de l'influence congestive des drastiques sur les intestins. On le voit, la plupart de ces causes se rapportent aussi bien au cancer qu'aux autres rétrécissemens du rectum. Cette confusion apparaîtra dans tout ce paragraphe. Il n'y a qu'une cause véritable du cancer, et celle-là je ne puis la dire. Il faut donc que je me résigne à exposer les circonstances qui favorisent son déve-

loppement, afin d'être de quelque utilité à la prophylaxie.

Les dégénérescences du rectum sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Chez la femme le rectum a des rapports d'intimité avec les organes génitaux qu'on n'observe pas chez l'homme, et plus souvent que chez l'homme il y a une usurpation de fonction de la part de l'intestin, qui lui est préjudiciable. Dans la grossesse, l'accouchement, à l'époque critique, le rectum est, chez la femme, soumis à des pressions, à des excitations, à des congestions qui peuvent singulièrement aider le développement d'une dégénérescence, pour peu que le germe soit quelque part dans l'économie. Si on réfléchit à la fréquence des dégénérescences de la matrice, on verra, facilement, que le cancer consécutif du rectum, chez la femme, doit être beaucoup plus fréquent que chez l'homme, qui, comme je l'ai déjà dit, est très rarement affecté du cancer des parties qui ont dans le bassin des rapports intimes avec le rectum, rapports qui peuvent transmettre la dégénérescence.

Ce sont les liaisons plus intimes du rectum avec les parties génitales de la femme et l'usurpation à laquelle j'ai fait allusion tantôt, qui augmentent le nombre des maladies vénériennes du rectum dans ce sexe, maladies vénériennes qui en dégénérant donneraient lieu à une forme de cancer. J'ai déjà dit n'avoir jamais observé cette dégénérescence, tandis que celle des hémorrhoïdes, je l'ai constatée comme la plupart des observateurs. Bayle, en parlant de la fréquence du cancer selon le sexe, dit qu'elle est égale chez l'homme et chez la femme. Cependant sur huit observations bien authentiques et avec autopsie rapportées dans son ouvrage, on trouve sept hommes et une seule femme affectés du vrai cancer rectal.

En résumé, si on veut parler des dégénérescences en général, la question de fréquence est résolue ; ce sont les femmes qui en présentent le plus. Mais si on spécifie davantage, la solution est moins facile, et, pour l'avoir complète, il faut attendre de nouveaux faits, et noter, avec soin, ceux de Bayle qui semblent militer en faveur de la fréquence du vrai cancer chez l'homme. Il faudra surtout des autopsies, car pendant la vie, on confond facilement le cancer avec des rétrécissemens fibreux.

La question de l'âge est moins complexe. C'est après quarante ans, qu'on observe le plus de cancers du rectum. Bayle note cinquante ans, cinquante-quatre, trente-sept. Un cancer gélatiniforme, observé par M. Cruveilhier, est venu à l'âge de trente ans. Il y a des exceptions qui portent bien plus bas l'âge des cancéreux ; ainsi Mayo a observé un cas de squirrhe ulcéré chez un individu de douze ans ; M. Godin a présenté à la Société anatomique une pièce qui prouve que le tissu cellulaire qui entoure le rectum est devenu squirrheux dans l'étendue de deux pouces et demi chez un sujet de quinze ans. Dans l'observation de de Laberge, plusieurs fois citée, le malade avait dix-huit ans. Mais ce sont là des exceptions attachées à toutes les règles ; exceptions qu'il faut connaître, car, en les ignorant, on pourrait être complétement éloigné de l'idée du cancer, parce que le sujet est jeune, et le laisser long-temps soumis à un traitement sans méthode.

Dans les recherches des causes plus directes du cancer du rectum, il faudrait passer en revue toutes les maladies du rectum, de l'anus, et toutes celles du bassin et du périnée. L'anatomie, la physiologie du rectum expliquent la fréquence des maladies de cet organe, et donnent aussi

une raison de la gravité qu'elles prennent en dégénérant.

Pour bien terminer ce paragraphe, je transcrirai les considérations par lesquelles M. Bégin a commencé un mémoire remarquable sur les *maladies graves de l'anus et du rectum*. Ces considérations auront non-seulement une utilité étiologique, mais elles pourront encore servir de supplément à ce que j'ai dit sur le siége des cancers.

« Il est un fait, à-la-fois curieux et important en physiologie pathologique, c'est que de toutes les parties du canal alimentaire, celles qui présentent des rétrécissemens sont le siége le plus ordinaire des altérations les plus graves. Sur ces points rétrécis on observe des vaisseaux plus nombreux, une sensibilité plus vive, des follicules plus développés, une texture plus épaisse, une organisation plus compliquée. Là existent des points d'arrêt, nécessités par les élaborations qui doivent s'opérer immédiatement au-dessus ; là s'exercent des frottemens plus rudes, et quelquefois une sorte d'action élective organique, qui accorde ou refuse le passage aux substances étrangères, selon les qualités qu'elles possèdent ou qu'elles ont acquises. S'agit-il d'inflammations aiguës? Les endroits que j'indique sont ceux où elles se développent avec une manifeste prédilection, et se présentent avec le plus d'intensité, ou accompagnées de symptômes spéciaux, ordinairement graves. Est-il question de phlegmasies chroniques ou de ces irritations qui, après avoir envahi de grandes surfaces, se limitent et se concentrent sur certaines parties? Soyez assuré que vous les trouverez encore presque toujours dans les régions que je signale, déterminant les altérations de structure, les désorganisations profondes, les créations des produits morbides variés, qui sont si souvent le désespoir du médecin.




« Ces points culminans en pathologie, si l'on peut s'exprimer ainsi, sont l'isthme guttural, l'entrée de l'œsophage, le cardia, le pylore, les environs de la valvule iléo-cœcale, enfin la partie inférieure du rectum et l'anus. Étudiez les observateurs, ouvrez les cadavres, et vous trouverez que la très grande majorité des affections morbides, et surtout des maladies chroniques du canal alimentaire, ont, sur ces points, leur origine et leur siége principal ou exclusif.

« La terminaison inférieure du gros intestin et l'ouverture qui lui fait suite, sont pourvues de toutes les conditions qui doivent rendre leurs lésions à-la-fois très fréquentes et très graves. Un double anneau musculeux, entourant l'anus, ne s'entr'ouvrant que par le développement de puissances supérieures ; des follicules muqueux considérables, destinés à favoriser le glissement des matières à expulser, une sensibilité vive, souvent mise à l'épreuve ; des vaisseaux artériels multipliés, et des veines formant un plexus parfois énorme ; un réservoir, où s'accumulent des substances irritantes par leur volume, leur consistance ou leur composition ; dans les deux sexes, le voisinage de la portion la plus active des organes génito-urinaires, dont les excitations, les congestions ou les altérations pathologiques s'étendent facilement aux organes contigus ; enfin, les efforts de la toux, de la voix, des grands mouvemens musculaires qui retentissent sur la région anale, le pressent et y retiennent le sang veineux : telles sont, non pas toutes (leur énumération m'entraînerait trop loin), mais les principales circonstances de structure, de connexions et de fonctions, qui rendent le rectum et l'anus si importans en pathologie.

« Ces considérations ne pouvaient manquer de frapper les esprits et d'exciter l'attention des observateurs. Aussi, plu-

sieurs des maladies de la portion terminale du tube digestif, considérées autrefois comme assez rares, parce qu'elles n'étaient qu'imparfaitement connues, ont-elles été plus attentivement étudiées pendant les vingt dernières années, et sont-elles devenues, depuis quelque temps, l'objet d'un intérêt général. » (1)

ARTICLE V. — *Diagnostic.*

L'obscurité de ce point de la pathologie du cancer explique l'obscurité et le malentendu qui règnent sur la thérapeutique. C'est surtout la confusion du cancer avec certaines inflammations, indurations vénériennes avec ou sans ulcération, indurations appelées lymphatiques par Bayle, qui ont causé les plus grandes erreurs. Ainsi les uns, considérant comme cancéreuses toutes ces maladies, portaient un pronostic dont la conséquence était la négation de toute thérapeutique rationnelle et souvent l'abandon complet des malades. D'autres, surtout Desault et son école, ayant guéri par la compression un certain nombre de ces maladies, proclament la guérison possible du cancer par la compression. De nos jours, à la faveur de la même confusion, de la même obscurité, on parle de succès par d'autres opérations bien plus graves que la compression. Mais les chirurgiens éclairés et de bonne foi se sont demandé comment le cancer, si rebelle, si intraitable ailleurs, se faisait si bénin au rectum. Alors de plus sérieuses réflexions et des investigations plus sévères ont commencé à prouver qu'il y avait des différences entre les diverses indurations confondues sous le nom de cancers, de squirrhes et de squirrhosités du rectum. Ces différences ne sont

(1) *Annales de la chirurgie française et étrangère*, 1841, t. III, p. 180.

pas encore définitivement établies. Mais le jour qui s'est fait sur cette question a conduit les vrais praticiens à être moins pessimistes que nos devanciers, et moins opérateurs que certains modernes.

Comme, en présence d'une maladie grave du rectum, avant d'entreprendre une opération quelconque sur cette partie, on doit avoir présentes à la mémoire toutes les lésions qui peuvent l'affecter, faisons une revue rapide de ces lésions, ce qui complètera, le plus possible, notre diagnostic d'ailleurs continuellement mis en saillie dans toutes les parties de travail. Avant tout, on examinera s'il n'y a pas de vices de conformation.

A. *Corps étrangers.* — Les corps étrangers introduits plus ou moins violemment par l'anus et qui séjournent dans le rectum ne peuvent tromper long-temps : la circonstance de leur introduction étant rappelée, l'erreur est dissipée. Les corps étrangers qui viennent du côté de l'estomac pourraient, en s'arrêtant plus ou moins long-temps dans le rectum, modifier la défécation par leur présence, par l'irritation prolongée à laquelle ils donnent lieu. Si on joint à cela les coliques qu'ils ont pu produire, en traversant le tube intestinal, on verra que l'erreur que je signale n'est pas impossible et que le toucher est ici de toute nécessité.

B. *Affections nerveuses.— Fissures.* — Il y a des névralgies de l'anus avec des douleurs lancinantes qui reviennent par accès franchement intermittens ou avec rémittence. On voit alors l'anus se contracter avec force, puis il semble s'entr'ouvrir, sans la participation de la volonté. Il peut donc y avoir constipation et évacuation involontaire des matières. Mais il arrive aussi des momens où les selles sont aussi abondantes, aussi bien moulées, aussi faciles que dans

l'état parfait de santé. Cette circonstance jointe aux états névralgiques sur d'autres points du corps, surtout du côté de l'urèthre, aide le diagnostic, qui est complété par le toucher.

Quand il y a fissure on trouve entre les replis de l'anus un ulcère étroit, allongé, une espèce de crevasse qui coïncide avec les douleurs les plus vives, pendant et surtout après la défécation. Les selles sont teintes de sang, ordinairement en petite quantité.

C. *Inflammations chroniques de diverse nature.* — Les lésions qui donnent souvent lieu à des méprises sont les inflammations chroniques du rectum. Aussi, dans le doute, devra-t-on commencer par des moyens doux et s'abstenir de toute opération. Je vais rapporter une observation qui, selon moi, a une grande valeur ici et quand il s'agira de l'extirpation du rectum. Elle est rédigée par un des hommes qui ont fait faire le plus de progrès à l'anatomie pathologique, et elle a été publiée dans des intentions nullement hostiles, mais dans l'intérêt seul de la vérité. Je désire fixer l'attention du lecteur sur les deux mots de réflexions qui terminent cette histoire.

Inflammation chronique du rectum. Extirpation de la partie inférieure de cet intestin. — Incontinence des matières. — Mort par phthisie pulmonaire.

« Femme Gruson (Victoire), âgée de 34 ans, était à la Salpêtrière en septembre 1832, lorsque je pris le service de l'infirmerie : elle est morte phthisique le 4 décembre 1838. Cette femme me dit avoir été opérée d'un cancer au rectum, et, depuis cette époque, être dans l'impossibilité de retenir

ses matières fécales, qui tombaient quelquefois par fragmens pendant la marche : aussi cette malheureuse s'était-elle condamnée à garder habituellement le lit.

« L'examen de l'anus montrait une cavité infundibuliforme à base très large, toujours béante et incapable de contraction. Aucun suintement purulent n'avait lieu par l'anus. Les parties voisines étaient d'ailleurs parfaitement exemptes d'induration. Cette malade étant morte, je dus m'assurer de l'état de l'intestin rectum, et je vis que les cinq derniers pouces de cet intestin étaient complétement dépouillés de membrane muqueuse, que cette membrane se terminait en haut par un rebord circulaire coupé à pic, libre, décollé, sans aucune continuité avec la surface sur laquelle la membrane muqueuse avait été détruite ; que cette surface, dépouillée de membrane muqueuse, était recouverte par une cicatrice fibreuse, parcourue par des colonnes également fibreuses, qui lui donnaient un aspect inégal ; que les parois de l'intestin ne présentaient d'ailleurs aucune espèce d'hypertrophie ; de telle sorte que la cicatrisation paraissait aussi complète que possible. Du reste, point de traces de sphincter, ni même de parois intestinales dans l'infundibulum qui terminait en bas le rectum.

«*Réflexions*. Je crois être fondé à penser que l'observation qu'on vient de lire présente un exemple d'une inflammation chronique du rectum ; que la partie inférieure de cet intestin, indurée et rétrécie, a été considérée comme frappée de dégénération. Il n'est pas déraisonnable d'admettre qu'un traitement antiphlogistique, employé en temps utile, *aurait pu obtenir une guérison exempte de la dégoûtante infirmité qui résulte du défaut de moyens actifs de rétention des matières fécales* (Cruveilhier).

On trouvera, dans le grand ouvrage du même auteur, d'autres faits de rectite chronique, simulant le squirrhe. Ces inflammations sont sans ulcération, avec ulcération, et, dans ce dernier cas, « de même que l'ulcère chronique de l'estomac est souvent *cliniquement* et *anatomiquement* confondu avec le cancer de cet organe, de même l'ulcère chronique du rectum donne lieu à des symptômes tellement analogues à ceux du cancer, qu'on les confond au lit du malade et même souvent sur le cadavre (Cruveilhier, liv. XXV).

Cependant, cette difficulté d'établir un diagnostic complet, qui doit nous rendre très circonspects, quand il s'agit d'opérations graves, ne doit pas nous inspirer les idées fatalistes des anciens.

Dans les indurations formées par l'inflammation chronique, ou, selon Bayle, par la même lésion qui constitue l'éléphantiasis, dans celles qui dépendent du vice herpétique ou qui se lient à des hémorrhoïdes, enfin dans tout rétrécissement où l'inflammation joue un rôle, existent des momens de calme et d'exacerbation plus marqués que dans les rétrécissemens cancéreux proprement dits. On le conçoit facilement, car le tissu enflammé est plus directement sous l'influence de la circulation et de l'innervation que le tissu squirrheux. Un tissu enflammé n'a pas perdu entièrement sa manière de vivre, de sentir, puisqu'il peut revenir à son état normal ; le tissu cancéreux, au contraire, est un corps pour ainsi dire étranger, il ne peut guère momentanément être lui-même congestionné.

Par le toucher, on trouve une résistance dans le tissu squirrheux, que le tissu enflammé, même chroniquement, ne présente pas. Le toucher, sur celui-ci, est moins douloureux, si, toutefois, on touche dans les intervalles d'exaspération,

quand il n'y a pas d'hémorrhoïdes enflammées ou une éruption herpétique dans un état d'exaspération (Bayle).

Les indurations vénériennes sont plus indolentes encore; et cependant elles simulent quelquefois le squirrhe de la manière la plus complète. Si on veut se faire une idée exacte de ces indurations vénériennes qui rétrécissent le rectum, on n'a qu'à observer sur le prépuce les ulcères à base si fortement indurée et dont la résolution est quelquefois si difficile, si longue à s'effectuer. Voyez un prépuce un peu long, un peu étroit, envahi par cette affection vénérienne, il forme un canal dur, calleux que vous prendriez très facilement pour un squirrhe, si vous n'étiez prévenu de la fréquence des affections vénériennes sur ce point. Vous seriez tenté de croire à l'incurabilité ou à la nécessité d'une extirpation, si vous n'aviez vu cent fois une pareille induration, un pareil rétrécissement céder tôt ou tard aux moyens dirigés contre le virus vénérien. Avec cet état d'induration, avec ce rétrécissement du prépuce, on trouve quelquefois une induration, un rétrécissement de même nature du rectum, alors l'analogie se rapproche de la similitude. J'ai traité, à Lourcine, une femme portant une de ces indurations qui avait considérablement rétréci le rectum et surtout l'anus. Là étaient des bosselures, des tumeurs d'une dureté extraordinaire qui, entourant l'anus, semblaient prolonger le rectum en dehors. Après avoir administré un traitement mercuriel méthodique, j'extirpai les tumeurs qui bordaient l'anus, ce qui me permit l'introduction de mèches dont j'augmentai progressivement les diamètres, et j'obtins ainsi, par la combinaison du traitement général, de l'extirpation et de la compression, une cure complète. Serait-il bien difficile de faire passer ce cas pour une guérison de squirrhe du rectum?

Un chirurgien devra, dans tous les cas d'affections graves du rectum, aller à la recherche des antécédens. S'il sait interroger le malade, presque toujours, dans les cas qui ressemblent à ceux que je viens de citer, il apprendra que d'autres symptômes vénériens ont existé; le plus souvent aussi, il découvrira que nul traitement antérieur n'a été fait ou qu'il n'a pas été dirigé convenablement. Aux indurations dont il vient d'être question, on devra joindre celles qui accompagnent les fistules anciennes de l'anus, celles surtout dont l'orifice interne remonte plus ou moins haut dans l'intestin. On trouvera, dans l'ouvrage déjà souvent cité de M. Cruveilhier, un exemple remarquable de cette espèce de lésion; mais les antécédens d'une fistule lèvent les doutes.

D. *Abcès*. — Les abcès du tissu cellulaire qui environne le rectum peuvent être pris pour des cancers si on n'a pas égard aux commémoratifs et aux symptômes inflammatoires dont ils sont précédés.

Dans la seizième observation de Duchadoz (deuxième de M. Costallat), on voit un abcès des environs du rectum produire l'amincissement du cylindre fécal, dont le volume égalait à peine celui du petit doigt, et s'accompagner de divers symptômes qui pouvaient faire croire à une maladie du rectum. La vingt-et-unième observation de Duchadoz (troisième de M. Costallat) offre l'exemple d'un abcès situé dans le flanc droit, abcès qui s'était ouvert dans le rectum, qu'il continuait à comprimer, au point que les selles, de plus en plus difficiles, devinrent, sur la fin de la vie du sujet, totalement impossibles.

Dans les commencemens, la tumeur, qui doit former l'abcès dans le rectum, peut simuler le cancer à cause de sa du-

reté ; quand vient la fluctuation, elle peut simuler le ramollissement du même cancer. Mais ces deux périodes, dans les cas de dégénérescence, n'ont pas la rapidité de celle de l'abcès.

E. *Hémorrhoïdes.* — Les hémorrhoïdes sont, en général, d'un toucher doux ; elles sont élastiques ou dépressibles. Elles sont sujettes à des changemens dans leur volume, leur forme, leur couleur, leur consistance, que ne présente jamais le cancer. Dans le plus grand nombre des cas, elles forment une couronne au-dessus ou au-dessous de l'anus. Mais ces mêmes hémorrhoïdes peuvent subir plusieurs inflammations, elles peuvent s'indurer, être ulcérées et simuler singulièrement les végétations, les fongosités cancéreuses. Alors, elles sont le siége de douleurs, d'écoulemens qui épuisent : elles présentent donc les mêmes indications que le cancer inférieur du rectum. Bien plus, ces mêmes hémorrhoïdes peuvent subir la dégénérescence la plus maligne ; l'indication étant identique, l'erreur de diagnostic n'a pas la même importance. Avec ou sans les hémorrhoïdes, avec le cancer lui-même peuvent exister des relâchemens de la muqueuse rectale ou des prolapsus de cet intestin qu'on ne pourra confondre avec le cancer, car la tumeur du prolapsus a une souplesse, une élasticité, elle se prête à une espèce de réduction plus ou moins complète qu'on n'observe pas dans le cancer.

F. *Dégénérescence fibreuse.* — Cette dégénérescence est très difficile à distinguer, elle est, dans le plus grand nombre des cas confondue avec le cancer. Aussi dans les articles, dans les mémoires, dans les livres sur les rétrécissemens du rectum, il est impossible de ne pas parler du cancer; comme, en traitant du cancer, il est de toute impossibi-

lité de ne pas faire une partie de l'histoire du rétrécissement fibreux. En effet, souvent mêmes symptômes, mêmes phénomènes du côté de l'anus; mêmes symptômes, mêmes accidens du côté de l'abdomen. Le squirrhe surtout, le squirrhe concentrique a la plus grande analogie avec la dégénérescence fibreuse, et, à son début, il y a, dans le plus grand nombre des cas, impossibilité d'établir un diagnostic complétement exact. Bien plus, à l'autopsie même, les erreurs ne sont pas impossibles. Ainsi, j'ai tantôt rapporté les paroles de M. Cruveilhier, qui a une grande habitude de lire sur le cadavre. Eh bien! cet anatomiste avoue son insuffisance dans quelques cas. Il est vrai que, sur le vivant quand le rétrécissement est, comme on le dit, *diaphragmatique*, *valvulaire*, quand il n'a pas une grande épaisseur, quand déjà, surtout, on a constaté une inflammation du rectum, ou des ulcérations qui n'ont pas été précédées du squirrhe; quand ces circonstances ont existé, on est plus porté à admettre le rétrécissement fibreux. Mais ce rétrécissement n'est pas toujours sous forme valvulaire, il n'est pas toujours formé comme par une ligature qui aurait froncé l'intestin sur un point limité. Ainsi qu'à l'urèthre, il peut avoir une grande étendue dans le sens de l'axe du rectum. On est donc obligé d'interroger les phénomènes produits par la nature de la dégénérescence. Mais d'abord le cancer, dans sa première période, est souvent sans aucune espèce de symptômes qui se rapportent à la *cachexie*, à laquelle il peut plus tard se lier. Ensuite, il est bien remarquable que certains rétrécissemens fibreux anciens ont une influence sur la digestion qui se répète dans les autres fonctions et dont l'ensemble constitue un état général qui n'est pas facilement distingué de ce qu'on appelle cachexie cancéreuse. On se représente fa-

cilement la pâleur, l'amaigrissement, le facies d'un malheureux dont la digestion est depuis long-temps inachevée.

Ainsi, le diagnostic différentiel du cancer et de la dégénérescence fibreuse me paraît impossible dans le plus grand nombre des cas.

G. *Polypes du rectum.* — Ces productions morbides sont rares au rectum. Cependant, on les observe plus souvent dans cet intestin que sur tout autre point du tube digestif. Ils pourraient être confondus avec les végétations fongiformes encéphaloïdes. Mais ordinairement le polype est plus lisse; il est plus franchement pédiculé. On ne confondra pas avec le cancer les polypes qui sont presque cylindriques, et qui ont la transparence de la corne fondue, polypes que j'ai observés deux fois chez des femmes pourvues d'un grand embonpoint et très lymphatiques. Les polypes à larges bases, ceux-là qui sont de nature maligne, peuvent très bien être confondus avec le cancer, d'autant mieux qu'il y a une étroite parenté entre eux. M. Gerdy, dans sa thèse de concours, a signalé l'épaississement de la muqueuse, sur laquelle s'insérait le polype. On voit là une extension de la maladie, et un trait de plus de ressemblance entre le polype et certains cancers tubéreux. Ce professeur a cité un cas où un polype avait été creusé, et dans sa cavité existait des matières fécales. On aurait très bien pu prendre ce polype pour une tumeur cancéreuse analogue à celle qui est citée par M. Amussat, tumeur qui faisait saillie dans l'intestin, et qui présentait un trou dans lequel on enfonçait le doigt.

H. *Maladies de l'abdomen qui peuvent donner lieu à des accidens du cancer rectal.* — Ces maladies s'expriment par les symptômes qu'on a confondus sous le nom d'*iléus.*

Étranglement herniaire. On doit examiner tous les points de l'abdomen où se montrent ordinairement les hernies, et cela avec soin, car elles sont quelquefois très petites, et chez les sujets chargés d'embonpoint, surtout chez les femmes, on peut très bien méconnaître une tumeur herniaire. Si elle est irréductible, on soupçonne un étranglement.

Le *volvulus* est reconnu par l'exclusion des caractères qui ont été précédemment indiqués et par une tumeur plus ou moins exactement circonscrite sur un point de l'abdomen où on ne trouve pas de hernie ordinairement, tumeur plus profonde que celle de la hernie, puisqu'elle est au-dessous des parois abdominales. Il n'y a pas de vomissemens stercoraux, et on a observé une affection antécédente du tube digestif. Tout cela on ne le rencontre pas constamment, et ce n'est pas, du reste, bien caractéristique.

Les *invaginations* qui portent sur l'intestin grêle sont loin d'entraîner toujours la production d'accidens pathologiques, de telle sorte qu'il serait difficile de leur assigner des symptômes. Si le cœcum et le colon ascendant ont subi un déplacement tel qu'ils soient venus se loger dans la courbure sigmoïde du gros intestin, l'absence du cœcum et du colon vers le côté droit du ventre est constatée par la percussion; elle donne lieu à une certaine dépression de ce côté, tandis qu'à gauche on remarque un renflement longitudinal, une tumeur plus ou moins volumineuse produite par la masse de l'invagination. La palpation exactement pratiquée doit faire percevoir des différences notables dans les deux flancs, et une main exercée peut reconnaître le déplacement du cœcum dès qu'il est un peu considérable. Mais il faut être prévenu de la possibilité d'une intussusception intestinale, pour être conduit à faire les recherches convenables. Des matières fécales, rete-

nues dans l'S iliaque, ou bien un engorgement de la rate, pourraient en imposer pour la tuméfaction formée par l'invagination, si les symptômes, tant commémoratifs qu'actuels, n'étaient différens dans les deux cas. Il arrive quelquefois que l'invagination de l'intestin grêle s'arrête dans le cœcum qui n'est point déplacé : alors les symptômes précédens ne peuvent exister, et tout au plus pourrait-on remarquer une sorte de tuméfaction avec dureté au voisinage du cœcum ; mais que pourrait-on conclure de bien certain ?

ARTICLE VI. — *Pronostic.*

Bayle a dit que le cancer du rectum était absolument incurable. Tout ce que j'ai dit et tout ce que j'ai à dire encore, prouve que je me range à cette opinion.

(La suite à un prochain numéro.)

LETTRE CHIRURGICALE SUR UNE URÉTHROPLASTIE AVEC BOUTONNIÈRE PÉRINÉALE, ET SUR UN CALCUL PROSTATIQUE D'UN GRAND VOLUME, ADRESSÉE AU DOCTEUR A. VIDAL (DE CASSIS).

Par le docteur G. Goyrand, d'Aix.

Mon cher ami,

Pendant votre voyage dans le Midi, en passant à Aix, vous vîtes avec intérêt, dans mon service à l'hôpital, deux malades : un avait subi l'opération de l'uréthroplastie avec boutonnière au périnée ; l'autre venait d'être délivré par l'opération d'un énorme calcul prostatique. J'ai promis

de vous faire connaître l'issue de mes deux opérations; je remplis ma promesse. Voici les détails de ces observations.

PREMIÈRE OBSERVATION. — *Perforation avec perte de substance de la portion pénienne de l'urèthre ; uréthroplastie avec boutonnière périnéale.*

Charles Belléaus, de Brême, ville libre de la Confédération Germanique, âgé de 21 ans, fusilier dans la légion étrangère, était atteint d'une perforation de l'urèthre, située à 15 millimètres en avant du scrotum. La paroi inférieure du canal était détruite dans une étendue de 8 millimètres. La paroi supérieure se voyait distinctement par cette ouverture. Sur le point de cette paroi qui correspondait à la perforation était une végétation pédiculée qui avait l'aspect d'un gros poireau. Sur les bords de la perforation, la peau paraissait se continuer immédiatement avec la muqueuse. Tous les tissus entourant la fistule étaient parfaitement souples, exempts de tout engorgement, de toute altération, comme si cette perforation eût été une ouverture naturelle. Quand le malade voulait uriner, il relevait sa verge, et l'urine s'écoulait en entier par cette ouverture. Il pouvait la faire passer par les voies naturelles, en appliquant exactement son doigt sur la perforation. L'état général de Belléaus était parfait.

Ce jeune homme nous a dit que sa fistule était la suite d'un écoulement uréthral dont il fut atteint il y a cinq ans. Avant de venir en France, Belléaus a servi dans l'armée hollandaise. Il assure avoir subi, à l'hôpital d'Utrecht, trois opérations d'uréthroraphie qui n'ont eu aucun résultat avantageux. Lorsqu'il fut admis au service de France, la fistule,

qui ne se voyait que quand la verge était relevée, passa inaperçue. Belléaus dit avoir subi, dans les hôpitaux militaires de l'Algérie, six opérations qui n'ont en rien changé sa position. Plusieurs cicatrices se voient autour de la fistule. Le fourreau de la verge présente une cicatrice circulaire complète. La fosse naviculaire est percée, tout près du méat urinaire, d'une ouverture longitudinale qui forme un second méat, séparé de l'autre par un pont charnu de 2 millimètres de largeur. Cette ouverture a été faite par le coup de ciseaux ou de bistouri par lequel on a coupé le frein du prépuce, pour donner plus de mobilité au fourreau de la verge, dans la dernière opération d'uréthroplastie qui a été pratiquée en Afrique.

Pour tenter quelque chose en faveur de Belléaus, c'est à de nouveaux moyens qu'il faut avoir recours. Je me détermine donc à pratiquer l'uréthroplastie avec boutonnière périnéale. Je ne propose cette opération qu'après avoir détruit, par l'excision et la cautérisation, le poireau uréthral. Belléaus hésite d'abord; il consent enfin, et je l'opère, le 19 octobre 1841, de la manière suivante :

Le malade a pris le matin un lavement qu'il a rendu.

Je le place sur le bord du lit, comme pour l'opération de la taille. Un cathéter est introduit dans l'urèthre, et la boutonnière, commencée à 24 millimètres au-devant de l'anus, est prolongée en arrière, sur le raphé, jusqu'au-devant du sphincter. La portion membraneuse de l'urèthre est incisée de manière à laisser pénétrer sans difficulté dans la vessie une sonde en gomme élastique n° 12, que je coupe à 11 centimètres de son bec.

Le malade est ensuite replacé sur son lit, et je procède immédiatement à l'uréthroplastie.

Une grosse bougie en gomme élastique, longue de 11 centimètres, est introduite dans l'urèthre par le méat urinaire. Un lambeau cutané est tracé derrière la perforation, sur la base du pénis et la partie voisine du scrotum. Ce lambeau, quadrilatère, est disséqué rapidement d'avant en arrière; il se continue par son bord postérieur avec le scrotum. L'état de rétraction de toutes ces parties, occasionné par la douleur et la crainte, réduit de beaucoup les dimensions du lambeau, qui est froncé, long seulement de 35 millimètres, large de 18 ou 20 millimètres; mais extensible.

Le lambeau disséqué, je prolonge les deux incisions qui ont tracé ses bords latéraux sur les côtés de la perforation, et les réunis par une incision transversale, à 12 millimètres en avant de cette ouverture. Ainsi se trouve cerné un autre lambeau de peau, régulièrement carré, à la partie postérieure duquel existe la perforation. J'enlève ce dernier lambeau, et j'ai soin d'enlever avec la peau qui le forme la pellicule mucoso-cutanée qui borde l'ouverture. Toute la surface que le lambeau scrotal doit recouvrir se trouve ainsi saignante. Elle représente un parallélogramme au milieu duquel est la perforation. Le lambeau, allongé par des tractions légères, est encadré dans cette plaie, où ses trois bords libres sont tenus en rapport avec les bords correspondans de la plaie par treize points de suture entortillée. Les épingles à insecte dont je me sers pour cette suture sont placées à 7 ou 8 millimètres les unes des autres; leurs deux extrémités sont coupées avec des ciseaux très près des fils. De cette manière le lambeau correspond à la perforation par sa partie moyenne, et ses bords se trouvent à une assez grande distance de cette ouverture. Pour empêcher qu'il ne soit entraîné en arrière, je serre le prépuce, au-devant du gland,

au moyen d'une bandelette agglutinative dans les circulaires de laquelle j'engage les fils qui servent à fixer la bougie uréthrale.

Le scrotum est attiré en avant par une large bandelette de diachylon dont la partie moyenne est appliquée derrière lui, et dont les deux extrémités viennent s'attacher au ventre. La canule périnéale est fixée par quatre attaches à une ceinture. La verge est entourée de compresses imbibées d'eau froide.

La partie postérieure du bulbe de l'urèthre, incisée dans le premier temps de l'opération, donne une assez grande quantité de sang qui se coagule dans la boutonnière périnéale et sur l'extrémité extérieure de la canule, et s'oppose à l'écoulement de l'urine. Une petite quantité de ce liquide passe par le canal et s'insinue sous le lambeau. M. Bourguet, chirurgien interne de l'hôpital, s'en aperçoit à onze heures, deux heures après l'opération. Il fait sortir par la pression quelques gouttes d'urine qui se trouvent encore sous le bord gauche du lambeau, désobstrue la canule périnéale au moyen d'un stylet et d'une injection. Dès ce moment, la canule a donné passage à toute l'urine. Plusieurs fois dans la journée, on y pousse des injections d'eau tiède. Tout se passe bien le reste du jour.

Le 20, fièvre légère; on continue les applications froides.

Le 21, la plaie s'enflamme. Le lambeau se tuméfie sur ses bords et à sa base. La tuméfaction élève la peau un peu au-dessus des épingles et des fils de la suture, qui se trouvent ainsi dans une dépression. Le lambeau présente la teinte bleuâtre de l'ecchymose à sa partie moyenne, au point correspondant à la perforation de l'urèthre.

Le 22, tuméfaction un peu plus forte. J'enlève sept épingles, je fais suspendre les applications froides.

Le 23, sous la base du lambeau existe un petit abcès. En enfonçant légèrement et retirant la bougie de l'urèthre, je vois apparaître une goutte de pus au méat urinaire. Une petite incision, pratiquée sur le point de l'abcès le plus éloigné de la perforation de l'urèthre, donne issue à du pus crémeux et bien lié (la valeur d'un dé à coudre). J'enlève les six dernières épingles. Pansement simple.

Le 24, la fièvre a cessé. L'incision, faite à la base du lambeau, donne une suppuration assez abondante ; je l'agrandis un peu pour donner une issue plus facile au pus. Cette incision est située à 2 centimètres en arrière de la perforation de l'urèthre. Un écartement de 2 à 3 millimètres existe partout entre les trois bords libres du lambeau et la peau avec laquelle ils avaient été affrontés. Cet intervalle, occupé par des bourgeons charnus, suppure et présente çà et là de petites eschares grisâtres ou d'un blanc jaunâtre, superficielles. Il y a de la rougeur au lambeau et à la peau voisine. La canule périnéale paraît être obstruée ; les injections n'y pénètrent pas facilement. Cependant les urines ont jusqu'à présent coulé en entier par la canule ou la boutonnière.

Je remplace la canule élastique du périnée par une canule en argent longue de 11 à 12 centimètres, d'un assez gros calibre ouverte au bout vésical, et présentant des yeux sur les côtés de cette extrémité. Cette canule, formée d'une mince lame d'argent roulée en spirale, laisse, de plus, suinter l'urine par les intervalles des tours en spirale, dans toute sa longueur.

Le 25, une petite eschare celluleuse sort de l'incision faite à la base du lambeau ; suppuration assez abondante de

l'abcès et de la plaie qui sépare les bords du lambeau du fourreau de la verge.

Les jours suivans, la suppuration continue; les petites eschares que nous avons dit exister à la plaie se détachent; les bords latéraux du lambeau s'unissent vers leur partie postérieure par une cicatrice solide à la peau correspondante; le bord antérieur est séparé du fourreau de la verge par un intervalle de 3 à 4 millimètres. Là, dans un point où se trouvait une eschare grisâtre, la plus large et la plus épaisse, sur le trajet de l'urèthre, existe un petit sinus qui, à la pression, fournit une goutte de pus. Pour rapprocher le bord antérieur du lambeau de la partie correspondante du fourreau de la verge, je refoule le prépuce en arrière, de manière à mettre son limbe au niveau de l'extrémité du gland, et je le fixe là avec une bandelette emplastique. Une autre bandelette, dont la partie moyenne est appliquée sur la face postérieure du scrotum et dont les deux extrémités s'entrelacent avec les circulaires de la première, attire les bourses en avant.

L'effet de cette modification du pansement est bon. Le 2 novembre, l'intervalle qui sépare le bord antérieur du lambeau du fourreau de la verge n'est plus que de 2 millimètres; le foyer préscrotal se comble, la suppuration y devient beaucoup moins abondante.

Tout allait au mieux, quand, le 3 novembre, Belléaus, s'étant figuré que la boutonnière périnéale lui laisserait une fistule incurable, devient tout-à-coup très indocile, retire sa bougie uréthrale et la canule du périnée, et refuse absolument de se soumettre à aucun pansement et de nous montrer sa plaie. Il se livre à de telles violences, que nous sommes obligés de l'envoyer à la salle de police, où il reste sans

pansement jusqu'au 13 novembre. Ce jour-là, il rentre à l'hôpital. Il ne lui reste de la boutonnière périnéale qu'une très petite ouverture; les trois bords du lambeau sont réunis par une cicatrice solide avec les tégumens du pénis; l'ouverture préscrotale s'est bien rétrécie; elle présente un trajet très étroit, oblique en avant, qui se dirige vers le point où était l'ancienne perforation. L'orifice de ce trajet est rouge et tuberculeux. Les urines se partagent entre les voies naturelles et l'ouverture préscrotale; une petite portion de ce liquide s'écoule à grosses gouttes par la boutonnière périnéale.

Le 14, une petite bougie en gomme élastique est introduite dans la vessie par la boutonnière périnéale. Je me proposais de préparer ainsi la voie à une nouvelle canule; mais, de suite après la visite, le malade retire la bougie et déclare ne vouloir plus supporter ni bougie, ni canule dans l'ouverture périnéale.

Le 15, j'introduis dans la vessie, par l'urèthre, une sonde en gomme élastique n° 8, que je laisse à demeure, fermée par un bouchon.

Le 16, la sonde donne issue à toute l'urine. Par la pression, je fais sortir de l'ouverture préscrotale une goutte de pus de bonne qualité, sans mélange d'urine. Cette ouverture s'est rétrécie et a pris un bien meilleur aspect. Je la touche aussi profondément que je puis avec le crayon de nitrate d'argent.

Le 17, l'urine coule avec quelque difficulté par la sonde dont le vernis est altéré. Je remplace cette sonde par une autre, d'un calibre un peu plus fort, que le malade retire quelques heures après ma visite.

Le 18, l'ouverture préscrotale ne laisse plus passer qu'un huitième des urines.

Du 22 novembre au 23 décembre, Belléaus n'urine plus qu'au moyen d'une algalie en gomme élastique ou en argent, qu'il introduit lui-même chaque fois qu'il veut uriner. L'ouverture préscrotale est touchée plusieurs fois et profondément avec le crayon de nitrate d'argent.

Le 23 décembre, il reste encore un pertuis à l'endroit de la boutonnière, et un autre à l'ouverture de l'abcès. Celui-ci est toujours oblique, et se trouve dans un noyau d'engorgement qui est cependant bien diminué. Le plus mince stylet ne pénétrerait pas facilement dans ces ouvertures. L'urine sort à plein jet par le canal; quelques gouttes seulement s'écoulent par les deux ouvertures anormales. Je fais suspendre l'usage de la sonde.

Le 15 janvier 1842, la boutonnière périnéale est entièrement fermée, l'ouverture préscrotale, extrêmement étroite, a l'aspect fistuleux; le noyau d'engorgement qui l'entourait est presque entièrement disparu; cinq ou six gouttes d'urine s'écoulent encore par cette ouverture pendant qu'il en passe un verre par les voies naturelles.

Belléaus, qui désire faire valoir son infirmité comme motif de réforme, se refuserait à l'application de tout moyen propre à amener la guérison de sa fistule.

Le 18 février, il obtient un congé de renvoi.

Le 23, il se présente chez moi. Il existe alors à côté du point fistuleux qui est presque imperceptible, une plaie de 3 millimètres de surface et 1 millimètre de profondeur, qu'il s'est faite au moyen d'un caustique solide qui lui a été donné par un de ses camarades, afin de tromper les personnes qui devaient prononcer sur les motifs de réforme qu'il faisait

valoir. L'ouverture fistuleuse est comme au 15 janvier. Je cautérise tout le trajet fistuleux avec un stylet d'Anel dont j'ai recouvert l'extrémité d'une couche de nitrate d'argent, en la plongeant dans ce sel mis à l'état de fusion, et l'orifice interne de ce trajet avec le porte-caustique de Lallemand, et je donne à Belléaus une sonde en gomme élastique qu'il introduira dans sa vessie chaque fois qu'il voudra uriner.

Le 26, Belléaus se trouvant en ville, urine sans sonde. Il ne passe pas une seule goutte d'urine par la fistule. Il en est de même le 27. Le stylet d'Anel, porté dans le trajet fistuleux, s'arrête à 2 millimètres de profondeur. Je recommande de continuer l'usage de la sonde.

Le 1er mars, tout paraît être dans le même état. La plaie produite par le caustique est cicatrisée. Je cautérise avec le crayon de nitrate d'argent l'orifice externe de la fistule ; je divise d'un coup de ciseau le pont qui sépare le méat urinaire de la perforation de la fosse naviculaire; et je prescris la continuation du cathétérisme.

Les jours suivans, Belléaus n'est plus venu me voir. Il est resté en ville, se livrant à des excès de tout genre, et laissant de côté sa sonde. Je le revois le 7 mars ; sa fistule s'est rouverte. J'en fais sortir par la pression deux ou trois gouttes d'urine mêlée avec du pus ; la peau environnante est rouge et excoriée. Je fais uriner le malade en ma présence ; la fistule laisse passer quelques gouttes d'urine. La petite blessure résultant de la section du pont du méat urinaire est cicatrisée. Ce méat a des dimensions doubles de celles qu'il présente ordinairement ; mais sa direction n'est pas changée.

Je fais rentrer Belléaus à l'hôpital. Le trajet fistuleux et son orifice interne sont de nouveau cautérisés, et je recom-

mande expressément au malade de n'uriner qu'avec la sonde.

Le 11, les rougeurs et les excoriations qui entouraient la fistule n'existent plus.

Le 15, la fistule paraît ne former qu'un cul-de-sac sans profondeur; l'engorgement qui entoure le trajet fistuleux est un peu plus prononcé qu'avant la cautérisation; nous faisons continuer l'usage de la sonde.

Cinq jours après, je reconnais que le trajet fistuleux n'est pas oblitéré; mais son orifice externe semble s'être encore rétréci.

Le 23, troisième cautérisation du trajet fistuleux et de son orifice interne, continuation du cathétérisme chaque fois que le malade veut uriner.

Cette cautérisation n'est pas plus efficace que les autres. Les premiers jours d'avril, j'en fais une quatrième qui n'a pas de meilleurs résultats.

Pour reconnaître bien exactement la disposition du canal dans le point réparé, et la disposition du trajet fistuleux par rapport au canal, le 13 avril, j'introduis dans l'urèthre une sonde de femme d'un assez fort calibre. L'urèthre est un peu rétréci dans le point restauré; cependant sa largeur est bien suffisante, car l'urine sort à plein canal. La peau du lambeau est mobile sur l'urèthre, comme tout le fourreau de la verge. La perforation a été réparée par un admirable mécanisme. Les couches profondes du tissu cellulaire qui doublait le lambeau se sont évidemment organisées en une membrane qui ferme l'ouverture uréthrale, et la peau est devenue mobile sur cette membrane obturatrice de nouvelle formation. Grâce à cette disposition, les érections sont complètes et n'occasionnent aucune douleur.

Le trajet fistuleux, moins oblique qu'il ne l'était dans les premiers temps, l'est cependant encore, et a plus d'un centimètre de longueur. Dans l'érection, il devient presque parallèle à l'urèthre; aussi ne laisse-t-il jamais passer une goutte de sperme.

Dans cette exploration du canal, je fais exécuter à la sonde un mouvement de rotation qui dirige un de ses yeux en haut et l'autre en bas. Ces ouvertures étaient larges. Quand je retirai l'instrument, je trouvai dans l'œil qui était tourné en haut une végétation semblable à celle que j'avais excisée quelque temps avant l'opération. Cette végétation venait d'être arrachée ou coupée par les bords de l'œil de la sonde. Il s'écoula quelques gouttes de sang par l'urèthre.

J'eus la pensée d'inciser en avant et en arrière le trajet fistuleux jusqu'à son orifice uréthral que j'aurais tâché de laisser intact, d'emporter d'un coup de ciseau la surface muqueuse de la fistule sur les deux lèvres de la plaie résultant de cette incision, et de rapprocher ces deux lèvres par la suture entortillée; mais la fistule était si petite et si peu gênante, son étroitesse et sa direction oblique me donnaient un tel espoir de la voir s'oblitérer, que je ne crus pas devoir pratiquer cette petite opération qui, en cas d'insuccès, aurait pu aggraver la position de Belléaus. Je me décidai donc à recourir de nouveau à la cautérisation que j'espérais rendre plus efficace en soumettant le trajet fistuleux à une pression continue, exercée d'un côté à l'autre, pour effacer le trajet et empêcher que l'urine ne s'y insinuât. Je me proposais d'exercer cette pression au moyen d'une espèce de suture emplumée qui aurait différé de celle qu'on pratique ordinairement en ce que les fils, au lieu d'être doubles, et d'embrasser les cylindres dans les anses résultant de l'écartement

de leurs deux chefs, auraient été simples et très minces, et auraient traversé l'épaisseur de ces cylindres, pour venir se nouer sur leur côté externe. Les cylindres, faits en sparadrap de diachylon roulé, placés parallèlement sur les côtés du trajet fistuleux, auraient été rapprochés l'un de l'autre, de manière à exercer sur ce trajet une compression suffisante. Cette suture, qui n'aurait exercé aucun tiraillement sur les tissus traversés par les fils, aurait pu être laissée long-temps en place. Nous aurions rapproché les cylindres à volonté, et je pense bien qu'avec cette compression, quelques cautérisations pratiquées, soit à l'orifice uréthral du trajet fistuleux, soit dans la partie de ce trajet située au-dessous du petit appareil compressif, auraient amené l'oblitération de la fistule.

J'aurais aussi voulu pratiquer quelques cautérisations sur le point de la paroi supérieure du canal qui donnait naissance à la végétation.

Belléaus était décidé à se soumettre à cette nouvelle tentative. Le 15 avril, je cautérisai le trajet fistuleux. Je devais, le lendemain, faire la suture et cautériser l'orifice interne de la fistule et la racine de la végétation. Mais ce jeune homme, toujours impatient, très peu incommodé, d'ailleurs, par cette fistule capillaire, qu'il espérait voir s'oblitérer sans une nouvelle intervention de la chirurgie, changea d'avis, et voulut sortir de l'hôpital ; il quitta la ville le 18 avril.

L'idée de dériver les urines par une boutonnière périnéale dans les opérations d'uréthroraphie et d'uréthroplastie ne date pas de loin. Les premières applications pratiques de cette idée nouvelle ont été faites plus récemment encore. Aussi, pourrons-nous facilement faire à chacun sa part dans

la création et l'application de cette méthode opératoire, dont l'historique est extrêmement simple.

On avait tenté un grand nombre de fois d'obturer les perforations de la portion pénienne de l'urèthre par la suture simple ou les différens procédés d'autoplastie ; mais ces opérations n'avaient réussi que très rarement, et les nombreux insuccès qu'on avait eus tenaient au passage de l'urine entre les bords de la plaie. La sonde laissée à demeure dans la vessie ne pouvait prévenir entièrement cette infiltration. On sait que toujours quelques gouttes d'urine s'écoulent entre la sonde et le canal ; cette petite quantité d'un liquide âcre suffisait pour détruire le travail de cicatrisation commencé.

M. Dieffenbach eut la pensée de pratiquer sur un point de l'urèthre situé entre la fistule et la vessie une contre-ouverture, dans laquelle il placerait une sonde qui dériverait entièrement les urines ; mais le chirurgien de Berlin n'osa pas mettre cette idée en pratique, *craignant*, dit-il, *que la perte de substance antérieure étant guérie, la contre-ouverture ne se changeât elle-même en une fistule dont on n'aurait pas si bon marché* (1).

On ne conçoit guère de pareilles craintes chez un chirurgien aussi hardi que M. Dieffenbach. Voit-on l'incision de la taille rester fistuleuse quand elle a été faite d'une manière convenable, et qu'elle n'a pas été déchirée par le passage d'une pierre trop volumineuse ? pourquoi donc une incision bien nette, qui ne diviserait que la portion membraneuse du canal, donnerait-elle lieu à une fistule ?...

M. Ségalas rencontre dans sa pratique un cas des plus compliqués. La plus grande partie de la paroi inférieure de la portion pénienne de l'urèthre était détruite chez un homme,

(1) *Gazette médicale*, 1836, pag. 807.

qui avait en même temps une fistule derrière le scrotum. M. Ségalas parvient à introduire dans la vessie, par la fistule postérieure, une sonde en gomme élastique, par laquelle il dérive entièrement les urines, et fait ensuite l'uréthroplastie avec un succès complet. Quand la perforation de la portion pénienne de l'urèthre est solidement fermée, une sonde est introduite dans la vessie par les voies naturelles, et on obtient, sans trop de difficulté, la guérison de la fistule périnéale.

On ne peut douter que M. Dieffenbach n'eût agi dans ce cas comme l'a fait M. Ségalas. Le chirurgien de Berlin ne doutait pas de l'utilité de la boutonnière périnéale pour assurer la réussite de l'uréthroplastie; il craignait seulement qu'une boutonnière qu'il pratiquerait ne devînt une fistule incurable; mais s'il avait trouvé l'ouverture toute faite, il s'en serait servi.

Quoi qu'il en soit, M. Dieffenbach n'a pas cru devoir pratiquer la boutonnière périnéale et ne l'a pas conseillée, et M. Ségalas, enhardi par le beau succès qu'il a obtenu, *a résolu de n'essayer désormais d'autoplastie à la partie antérieure de l'urèthre, qu'après avoir pris la précaution d'ouvrir aux urines, dans la région profonde, une voie par laquelle elles puissent sortir sans approcher du siége de l'opération* (Lettre à M. Dieffenbach, page 25).

M. Ricord, ayant à faire l'uréthroraphie, pour un cas de division transversale fort ancienne de la portion pénienne de l'urèthre, a suivi le conseil si nettement formulé par M. Ségalas, et son opération a été couronnée d'un succès complet. Ainsi, M. Ricord a été le premier à pratiquer la boutonnière périnéale préalablement à l'autoplastie uréthrale. J'ai suivi moi-même les conseils et l'exemple de ces chirurgiens;

et vous voyez, mon cher Vidal, que mon malade s'en est bien trouvé.

Quoiqu'il soit resté à mon opéré une fistule capillaire, mon observation ne me paraît pas avoir moins de valeur, comme preuve de l'excellence de la méthode, que celles de MM. Ségalas et Ricord. Chez Belléaus, les urines n'ont été détournées de la partie antérieure de l'urèthre que pendant quinze jours, et, quoique le passage de quelques gouttes d'urine sous le lambeau ait empêché la réunion par première intention, ce laps de temps a suffi à la formation d'une cicatrice solide qui a résisté au contact des urines. Peut-on douter que la guérison eût été parfaite si les urines eussent été dérivées par le périnée pendant un temps suffisant ? Les opérés de MM. Ségalas et Ricord ont gardé l'un et l'autre la canule périnéale pendant plusieurs mois.

Le sang qui a coulé par la boutonnière immédiatement après l'opération, s'étant coagulé dans la plaie et sur l'extrémité extérieure de la canule, quelques gouttes d'urine expulsées par l'urèthre se sont insinuées dans la plaie, ont empêché la réunion par première intention, et déterminé la formation d'un abcès sous la base du lambeau.

Cette circonstance aurait pu faire échouer mon opération. Quand cet accident arriva, je regrettai de n'avoir pas fait mon opération en deux temps. En effet, si j'eusse fait d'abord la boutonnière, et que l'urétroplastie n'eût été pratiquée que plus tard, et alors que la dérivation des urines par le périnée eût été bien établie, les urines n'auraient en aucune manière contrarié le succès de mon opération. Je vous communiquai cette idée, et vous l'approuvâtes. Cependant j'ai fait, à ce sujet, de nouvelles réflexions qui ont modifié ma manière de voir. La dérivation complète des urines eût été également

assurée si, au lieu de couper la canule très près du périnée, j'eusse laissé à cet instrument plus de longueur; enfin, si mon malade eût été mieux surveillé pendant les premières heures qui suivirent l'opération; si la canule eût été désobstruée à mesure que le sang s'insinuait dans son extrémité extérieure, et avant qu'il s'y coagulât, à coup sûr, l'urine eût entièrement évacuée par cette voie nouvelle. Aussi, si j'avais occasion de pratiquer de nouveau cette opération, ne la ferais-je pas en deux temps; car les opérations en plusieurs temps ont l'inconvénient grave de prolonger les craintes, les peines morales du malade, et on trouverait plus d'un sujet assez pusillanime pour refuser de se soumettre au second temps d'une opération, après avoir subi le premier, alors, surtout, que l'opération aurait pour but de remédier à une simple infirmité qui n'entraînerait pas de douleur et ne serait point incompatible avec un état de santé parfaite. Réservons les opérations en plusieurs temps pour les cas où cette manière d'opérer fait disparaître ou diminue le danger. Ainsi, j'adopterais volontiers votre manière de pratiquer la taille sus-pubienne, parce que j'ai la conviction qu'en s'opposant à toute infiltration d'urine, cette méthode rend l'opération beaucoup moins grave; de même, je ne prévois pas qu'on puisse contester sérieusement les avantages du procédé que j'ai imaginé et mis en pratique pour l'extraction des corps étrangers articulaires (1), procédé qui remplace *une* opération des plus graves par *deux* opérations qui ne sauraient, je crois, exposer le malade à aucun accident sérieux.

2ᵉ OBS. *Calcul prostatique d'un grand volume; opération.*

(1) *Annales de la Chirurgie française et étrangère*, tome Iᵉʳ, p. 63.

Le sujet de cette observation est un paysan de Trets, dont l'intelligence est très bornée. Ce jeune homme, âgé de 27 ans, souffre, nous dit sa mère, depuis l'âge de 2 ans. Ses douleurs sont continuelles. Il est dans un état de marasme. Ses urines ne peuvent être retenues; elles s'écoulent goutte à goutte et d'une manière continue. Reçues dans un vase, elles forment une masse glaireuse homogène. Le malade exhale une odeur urineuse des plus désagréables. Dans la partie du canal qui répond au scrotum, existe un calcul que je saisis avec l'urèthre, entre deux doigts, et qui arrête la sonde. Ce jeune homme a, de plus, une hydrocèle assez volumineuse avec engorgement du testicule gauche.

Il entre à l'hôpital le 16 octobre 1841. Le 17, je fais la ponction de l'hydrocèle. Il s'en écoule cent cinquante grammes, environ, de sérosité citrine. Le testicule, un peu plus gros que dans l'état normal, est dur, bosselé, et paraît tuberculeux. Le cordon est sain.

Après avoir vidé l'hydrocèle, je fais attirer le scrotum en avant, et, avec le pouce et l'index gauches, j'embrasse l'urèthre au-dessus du calcul, sur lequel la peau se trouve ainsi tendue. Une incision de deux centimètres est pratiquée sur ce calcul, qui fuit sous mes doigts et est lancé sur le lit à quelque distance. Cette pierre a la forme d'une amande dépouillée de sa coquille; elle a vingt-deux millimètres de longueur, quinze de largeur, sept d'épaisseur. Sa surface, lisse dans quelques points, est raboteuse dans d'autres points.

Cette petite opération terminée, j'introduis dans l'urèthre une sonde à courbure courte, celle dont je me sers, ordinairement, pour l'exploration de la vessie. L'instrument est arrêté dans la portion membraneuse par une autre pierre sous laquelle une sonde d'un plus petit calibre et à grandes

courbures s'engage profondément. Le doigt introduit dans le rectum reconnaît ce calcul, qui distend énormément la portion prostatique du canal. A travers la paroi du rectum et le tissu de la prostate, qui me paraît atrophié, j'apprécie avec précision le volume, la forme, les contours du calcul, une éminence qu'il présente à droite et en arrière.

Ce calcul est-il tout dans la prostate? envoie-t-il un prolongement dans la vessie? ne serait-il pas un simple prolongement d'une énorme pierre vésicale?

Pendant que mon doigt est appliqué sur la pierre du côté du rectum, je presse l'hypogastre avec l'autre main, et je vois que cette pression n'a aucune action sur le corps étranger; d'où je conclus que, si la pierre n'est pas étrangère à la vessie, elle ne pénètre dans cette poche que par un prolongement qui ne doit pas être bien gros.

Cette exploration terminée, je relève le scrotum au moyen d'une bandelette de diachylon dont les deux chefs sont collés à la paroi du ventre, afin de maintenir le parallélisme des incisions du canal et de la peau, et d'empêcher que l'urine ne s'infiltre dans le tissu cellulaire des bourses.

Il ne survient pas d'accident sérieux. Les urines passent par l'incision faite à l'urèthre; la plaie du scrotum s'enflamme légèrement; il se fait un peu d'infiltration d'urine. Quelques jours après l'opération, une petite eschare celluleuse se détache de la plaie. La tunique vaginale, quoique elle ait été seulement vidée par la ponction, contracte l'inflammation qui résulte ordinairement de l'injection irritante, et s'oblitère.

J'attends que l'inflammation adhésive de la tunique vaginale se soit dissipée, que l'incision de l'urèthre se soit détergée, et, le 30 octobre, treize jours après ces premières opé-

rations, je procède à l'opération principale, l'extraction du calcul prostatique.

Le malade est fixé sur le bord d'une table, les pieds et les mains liés ensemble. Des aides écartent les cuisses. J'introduis dans l'urèthre un cathéter de moyen volume, qui arrive, non sans quelques difficultés, jusque dans la vessie, en passant sous la pierre. Je fais l'incision extérieure de la taille bilatérale. La partie moyenne de cette incision est à dix-huit millimètres en avant de l'anus; ses deux extrémités sont entre l'anus et les tubérosités sciatiques, un peu plus près de ces dernières. La portion membraneuse de l'urèthre est incisée longitudinalement sur la cannelure du cathéter, dans une étendue d'un centimètre. Un long bistouri boutonné porté sur la cannelure du cathéter incise largement la prostate distendue dans le sens de la partie gauche de l'incision extérieure. Ce corps glanduleux est ensuite incisé à droite de la même manière. J'avais préparé une curette allongée, peu courbe et solide, pour m'en servir comme d'un levier pour l'extraction de la pierre. Je passai cet instrument au-dessus du calcul, sur lequel je le fis agir de haut en bas, tandis que, avec deux doigts portés dans le rectum, je le poussais d'arrière en avant. Mais cette manœuvre ne m'ayant pas réussi à la première tentative, je retirai la curette, et glissai, l'une après l'autre, sur les côtés du calcul, en les dirigeant avec l'index, les deux branches d'une tenette à forceps. Je chargeai ainsi la pierre avec facilité, et par des tractions assez énergiques, mais lentes, je l'amenai au dehors. Elle n'était pas moins grosse qu'un œuf de poule. Je portai alors le doigt dans la plaie; il arriva dans une grande cavité située à l'intérieur de la prostate, d'où je retirai, en me servant tantôt d'une tenette ordinaire, tantôt du doigt seul,

une seconde pierre du volume d'une noisette, un peu aplatie, un fragment irrégulier deux fois gros comme le petit calcul, et quelques débris. Le col de la vessie, situé très loin de la surface cutanée du périnée, n'avait pas été incisé, mais était béant. Le doigt n'était pas assez long pour pénétrer profondément dans la vessie. Je sondai cette poche avec une algalie d'argent que j'introduisis par la plaie, la concavité tournée en bas; je n'y trouvai pas de pierre. Je poussai dans la plaie une injection émolliente, et le malade fut rapporté à son lit.

La grande pierre, que j'ai sous les yeux au moment où je vous écris, est ovoïde, présente à chacune de ses extrémités un prolongement assez lisse, dont l'antérieur était engagé dans la portion membraneuse de l'urèthre, et le postérieur dans le col de la vessie. Cette pierre a soixante-neuf millimètres de longueur et cent vingt-cinq millimètres de circonférence. Au point le plus renflé, sur sa face inférieure, existe une cavité à surface polie, dans laquelle était logée la petite pierre que j'ai extraite après la grosse. La jonction de ces deux pierres avait lieu par une espèce d'énarthrose. C'était, je crois, ce second calcul qui formait sur le gros et à droite l'éminence que je reconnaissais à travers la paroi antérieure du rectum. L'autre pierre, ou fragment de pierre, que j'ai extrait en dernier lieu, ne présente pas de facette. Je ne puis me rendre compte des rapports qu'il devait avoir avec les deux autres. Les trois pierres extraites de la prostate pèsent, ensemble, soixante-quinze grammes.

Aucun accident n'est survenu à la suite de cette opération. La plaie n'a pas donné une cuillerée de sang. A peine y a-t-il eu, les premiers jours, un léger mouvement fébrile. Les urines ont été rendues en entier par la plaie située au-devant de l'anus. Cette plaie s'est couverte de bourgeons

charnus, puis s'est resserrée rapidement. Le 16 novembre, la plaie a un bon aspect, et est cicatrisée en partie. Les urines y passent en entier; mais jusqu'à ce jour elles avaient coulé indépendamment de la volonté du malade et d'une manière continue; maintenant, le malade les retient et les rend à volonté.

L'incision pratiquée à travers le scrotum à la portion spongieuse du canal se cicatrise; mais sous la cicatrice existe un engorgement d'où la pression fait sortir quelques gouttes de pus qui coulent par le canal.

Le 12 décembre, l'ouverture périnéale, réduite à de très petites dimensions, donne encore passage à toute l'urine. J'introduis une sonde en gomme élastique n° 8, pour la laisser à demeure. Le cathétérisme présente des difficultés. La prostate est fort grosse, et le col vésical, situé très haut, ne peut être franchi par la sonde inflexible. Pour arriver dans la vessie, je suis obligé de retirer le mandrin de la sonde élastique, quand je suis arrivé au-devant du col. Avant de pénétrer dans la vessie, la sonde donne issue à une cuillerée à café d'urine qui était contenue dans la prostate L'urine s'écoule en entier par la sonde. Dans la journée, le malade retire l'instrument, que je replace le lendemain.

Le 14, la cicatrice scrotale s'ulcère, et laisse couler au-dehors le pus que nous faisions passer par le canal en pressant la tumeur située au-dessus.

Le 15, le malade urine en ma présence sans sonde. La moitié, au moins, des urines est rendue par les voies naturelles.

Le 17, l'ouverture périnéale paraît cicatrisée; il n'y passe plus d'urine.

Le 19, il s'y est formé un nouveau pertuis. Le 22 et le 23,

il s'en échappe trois ou quatre graviers du volume de grains de millet. Quoique les sondes n'aient jamais été gardées que quelques heures, les trois quarts de l'urine passent par les voies naturelles, le reste s'écoule par l'ouverture scrotale, et quelques gouttes seulement par l'ouverture pré-anale. Le point du canal qui répond à l'incision scrotale et où se trouvait le calcul qui a été extrait le premier, s'est rétréci ; une sonde élastique, n. 9, ne peut pas le franchir.

Je quitte le service le 30 décembre, et le malade sort de l'hôpital le 2 janvier.

Le 19 février, mon ami, M. Pourcin, de Trets, m'écrit que les deux plaies sont entièrement cicatrisées, et que mon opéré jouit, maintenant, d'une santé parfaite.

Voilà, mon cher Vidal, un fait qui m'a paru digne d'attention. Il sort des règles communes, et peut être considéré comme un type dans son espèce. Vous avez vu comment, arrivé au calcul prostatique, j'ai pu établir mon diagnostic d'une manière positive, en combinant le toucher rectal avec la pression hypogastrique. Ce diagnostic établi, il était facile de prévoir et de combiner avec toute la précision désirable, les différens temps de mon opération, qui est devenue aussi facile que la taille qu'on pratique pour un calcul vésical ordinaire.

Les suites de cette opération ont été très simples; on pouvait le prévoir. Le col de la vessie était intact, et je crois bien que c'est l'incision, et, plus encore, la déchirure de cette partie qui fait le danger des tailles sous-pubiennes.

Mais, si l'opération que je venais de faire exposait peu la vie du malade, l'énorme dilatation de la portion prostatique du canal avec amincissement du tissu de la prostate, la dilatation du col de la vessie, me faisaient craindre une fistule in-

curable et une incontinence d'urine. Heureusement, il n'en a pas été ainsi. L'incontinence qui existait depuis longues années, avait cessé dix-huit jours après l'opération. Un mois plus tard, il ne s'écoulait plus par l'incision périnéale que quelques gouttes d'urine, et cette ouverture n'a pas tardé à se cicatriser entièrement.

Vale,

H. GOYRAND, D. M. P.

Aix, 1er juin 1842.

RECHERCHES SUR L'ÉVOLUTION DU SAC HERNIAIRE,

Suivies de considérations chirurgicales sur les complications auxquelles il peut donner lieu,

Par J. B. DEMEAUX, aide d'anatomie de la Faculté, interne des hôpitaux,

Avec huit planches dessinées d'après nature,

Par M. JACOB, chevalier de la Légion d'Honneur.

La question des hernies a été dès long-temps étudiée presque sous toutes ses faces, et cependant nous pouvons encore aujourd'hui répéter ce que disait Arnaud ; il y a un siècle environ : « Malgré les soins des praticiens qui ont travaillé en ce genre, malgré les méditations des auteurs qui ont écrit sur ce sujet, il reste encore tant de choses à y considérer, que ceux qui nous survivront auront beaucoup plus à dire que nous. » (1)

Je n'ai donc point-la prétention d'être complet; mais, ayant pu observer un nombre considérable de faits pathologiques concernant cette matière, je cède au désir d'employer le résultat de mes observations à payer à la science mon faible tribut; heureux si mes travaux peuvent être de quelque utilité.

(1) *Mémoires de chirurgie* d'Arnaud, p. 780.

Placé dans des conditions favorables pour observer des malades et des cadavres, j'ai cherché à profiter de tous les avantages de ma position ; comme interne des hôpitaux, j'ai pu voir un grand nombre de hernies sur le vivant ; comme aide d'anatomie, j'ai pu en disséquer beaucoup sur les sujets destinés aux études anatomiques ; enfin, je ne dois pas omettre que j'ai dû à l'obligeance de plusieurs de mes collègues, et même de mes maîtres, des communications fort intéressantes que j'ai utilisées.

Toutes ces circonstances m'ont mis à même d'étudier le collet du sac herniaire, dans ses diverses périodes, et d'apprécier les nombreuses complications dont il peut devenir la cause.

Dans ces derniers temps, de nombreuses discussions ont eu lieu, pour savoir quel rôle jouait le collet du sac, dans l'étranglement herniaire ; je me hâte d'annoncer que je n'ai pas pour but, dans ce travail, de résoudre cette question. Ce n'est pas que les faits que j'ai à exposer ne puissent contribuer à l'élucider, mais, n'ayant sur cette question que des données insuffisantes, j'aime mieux me borner à des détails anatomiques, et laisser à d'autres le soin de déduire les conséquences. Si j'aborde plus franchement la question des complications, c'est que les explications que j'ai à donner sont basées sur des faits anatomiques.

Je ferai en sorte, dans ce travail, de n'énoncer rien sur de simples hypothèses ; parfois, cependant, dans la partie chirurgicale, il m'arrivera de donner des théories qui pourront ne pas satisfaire tous les esprits ; je livre volontiers à la critique les interprétations qui m'appartiennent, et je serai toujours disposé à en accepter de plus rationnelles. Quant aux faits, ils ne laissent rien à désirer sous le rapport de

leur authenticité; du reste, j'aurai soin de citer les auteurs dans lesquels j'aurai puisé. Les planches qui accompagnent ce travail ont été dessinées d'après nature, par M. Jacob, sur des pièces que je possède encore. Il m'a fallu, certes, examiner bien des cadavres; mais, trois ans de recherches, faites avec persévérance et dans les conditions que j'ai indiquées, feront comprendre le résultat que j'ai obtenu.

Ne pouvant faire dessiner toutes les pièces que j'ai recueillies, j'ai dû choisir celles qui représentaient le mieux une disposition déterminée. Ces types suffiront, je crois, pour donner une idée des *variétés secondaires*.

Lorsque le péritoine, déprimé par la pression des organes, traverse la paroi abdominale, il présente d'abord la forme d'une impression digitale, puis d'un entonnoir, puis d'un doigt de gant, suivant la région dans laquelle la hernie se produit. Pendant cette période, l'entrée du sac herniaire est plus large que le fond, et, dans ces conditions, un étranglement ne peut pas avoir lieu: c'est là ce que je propose d'appeler hernie incomplète, si toutefois cette dénomination doit être conservée. Mais lorsque le fond du sac est arrivé au milieu de tissus qui offrent moins de résistance, celui-ci se dilate, s'arrondit, et prend la forme d'une sphère; dans cette période, l'entrée est plus étroite que le fond, et dans ces conditions, un étranglement peut avoir lieu: c'est là ce que je propose d'appeler hernie complète. La portion du sac, intermédiaire, à la partie dilatée et à la cavité abdominale, sera désignée sous le nom de collet. C'est l'étude de cette partie qui sera le principal objet de ce travail.

Ce mémoire sera divisé en deux chapitres. Dans le premier je considérerai le collet du sac sous le point de vue purement anatomique dans ses divers états. Le second cha-

pitre sera consacré à des considérations chirurgicales et à l'examen des complications nombreuses et variées dont il peut devenir la cause, et qui trouveront, je crois, leur explication dans les faits que renfermera le premier.

Je diviserai l'étude du collet du sac en trois périodes ; mais avant d'entrer en matière, je dois répondre à une objection qu'on ne manquera pas de m'adresser et que je me suis faite moi-même : Peut-on déterminer la durée de chacune d'elles? Je dois avouer que je ne possède pas des élémens suffisans pour résoudre cette question ; si j'ai divisé l'étude du collet en trois périodes, c'est que je l'ai observé dans les trois états suivans : 1° formation ; 2° organisation ; 3° resserrement.

CHAPITRE I.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.

Première période.

Formation. — Le mode de formation du collet est important à signaler, et nous servira, je crois, à tirer quelques inductions qui ne seront pas sans utilité pour la pratique.

Il est démontré aujourd'hui, que, dans la formation d'un sac herniaire, le déplacement du péritoine prend une plus grande part que l'extension de cette membrane (1).

Lorsqu'un sac herniaire est complet, la portion de péritoine, employée à le constituer, peut être représentée par

(1) C'est par ce déplacement que j'explique la formation des hernies dites à sac incomplet, telles que celle de la vessie et du cœcum, etc. Dans des cas de ce genre, le péritoine, fortement adhérent à des organes mobiles, mis à contribution pour constituer un sac herniaire, entraîne avec lui l'organe auquel il adhère. Ces organes, incomplètement recouverts par la membrane séreuse, ne sont donc entraînés dans une hernie que secondairement.

une membrane plane qui aurait, je suppose, 8 centimètres de diamètre et 25 de circonférence : tandis que le centre de cette surface sera placé au fond du sac dans le point le plus dilaté, la circonférence, plissée, froncée à la manière d'une bourse, sera placée au niveau de l'ouverture, à la partie la plus étroite, c'est-à-dire au collet du sac, maintenue par l'anneau ou le canal que la hernie aura traversé. Ce froncement a été signalé par tous les auteurs qui ont traité de cette matière (1). Dans cette première période, le collet du sac n'existe qu'à la condition d'être maintenu par un anneau fibreux ou musculaire qui empêche le péritoine de se dilater ; si celui-ci est ramené dans le ventre par un mécanisme quelconque, le froncement disparaît, le collet s'efface ; si l'anneau fibreux est incisé ou largement dilaté, le même phénomène a lieu. C'est, sans contredit, dans l'étude de cette période de la maladie que gît la solution du problème de l'étranglement par les anneaux ; car à une époque plus avancée, comme nous allons le voir, le collet acquiert une organisation qui explique suffisamment tous les phénomènes dont il est le siége.

Deuxième période.

Organisation.—Examinons maintenant la série des phénomènes qui se passent au collet d'un sac herniaire complet. Dans la première période, avons-nous dit, le froncement ne persiste qu'à la condition d'être maintenu par un anneau ; mais, à une époque plus avancée, les divers plis péritonéaux contractent entre eux des adhérences par le contact prolongé des surfaces séreuses, et alors, le collet

(1) Je le trouve figuré dans les planches de Langenbech et de M. Jules Cloquet.

existe par lui-même ; il devient un organe nouveau annexé au péritoine et n'a plus besoin, pour persister, d'être maintenu par l'anneau qui lui a servi de moule. A partir de cette époque, le collet a une évolution qui lui est propre, il devient le siége de phénomènes très remarquables que j'ai pu observer à des périodes diverses et que je vais essayer de faire connaître.

La surface séreuse n'est pas seule le siége d'un travail relatif à l'organisation du collet ; du côté de sa surface celluleuse, il se passe des choses non moins intéressantes. La première qui frappe l'observateur, c'est la diminution et quelquefois la disparition presque complète du tissu adipeux dans cette partie, même chez les sujets chargés d'embonpoint ; peut-être serait-il plus juste de dire la transformation du tissu cellulò-adipeux en une couche nouvelle qui renferme une grande quantité de vaisseaux artériels et veineux. On aperçoit le plus souvent, sur le pourtour de l'ouverture herniaire, à travers le péritoine transparent, cette riche vascularisation convergeant de toute part vers le collet, et s'irradiant ensuite sur la partie supérieure du sac, pour se perdre insensiblement dans la couche celluleuse avec laquelle elle se continue. La figure 3 de la planche I, peut donner une idée exacte de cette disposition. Je dois faire observer que cette couche adhère au péritoine d'une manière si intime qu'elle ne peut en être séparée. Ce fait est important à signaler, car il nous servira à concilier les opinions en apparence différentes des auteurs qui attribuent l'épaississement du collet, au péritoine lui-même, avec ceux qui en placent le siége dans les couches sous-jacentes. Pour ma part, je considère ce travail d'organisation comme débutant dans la couche celluleuse sous-

péritonéale, mais à une certaine époque le péritoine lui-même y prend une part très active, il se vascularise, et les deux couches réunies adhèrent intimement l'une à l'autre. Il semble que la nature combine leur action pour agir avec plus d'énergie ; il est facile de se convaincre que cette organisation se produit dans un but réparateur; cette seconde période prépare la troisième, qui ne tend rien moins qu'à guérir radicalement la maladie.

Indépendamment des vaisseaux, on aperçoit dans cette couche des filamens dont il n'est pas facile de déterminer la nature, entrecroisés en sens divers, et qui m'ont fait comparer ce tissu au dartos. Il y a déjà quelque temps, j'avais cru y apercevoir des fibres musculaires. Cependant, sans autre preuve, je n'aurais pas osé émettre une pareille idée; mais, cherchant à m'éclairer par de nouveaux faits, j'ai pu me convaincre qu'il en existait réellement; sur une hernie crurale prise dans le service de M. Denonvilliers à l'Hôtel-Dieu, j'ai constaté au pourtour du collet des fibres musculaires de la dernière évidence. J'ai présenté la pièce à la Société anatomique et personne n'a émis le moindre doute sur le siége, ni sur la nature des fibres musculaires. Ma comparaison au dartos se trouve donc justifiée (1).

Ces faits viennent à l'appui des idées de M. Desprez qui admet un appareil dartoïque à la partie inférieure du ventre, se prolongeant du côté des vésicules séminales et de la prostate, qui aurait pour fonction de produire ou au moins de favoriser l'éjaculation; la disposition que je signale au

(1) Le dartos, comme on sait, se compose d'une grande quantité de vaisseaux et d'un autre ordre de fibres, qui peuvent se transformer en faisceaux musculaires ; j'ai vu souvent cette disposition, j'en ai montré des exemples à la Société anatomique.

collet du sac n'est pas, suivant M. Desprez, un produit nouveau, mais l'exagération de l'état normal ; je laisse à mon collègue, l'honneur et la responsabilité de son opinion. Cette couche dartoïque a peut-être des propriétés contractiles qui pourraient bien jouer un rôle dans l'étranglement; mais je m'abstiens de discuter ici cette question.

Troisième période.

Période de resserrement. — Si nous ne pouvons pas expliquer un phénomène, nous ne devons pas pour cela nous dispenser d'en constater l'existence. Tous les auteurs qui se sont occupés de hernies ont remarqué la tendance incessante du collet du sac à se resserrer, et même à s'oblitérer, dès que les organes cessent d'agir sur lui. Ledran a observé sur le vivant « que le sac herniaire proprement dit, avait contracté une adhérence si parfaite par les parois internes de son col, que le reste du sac servait de kyste à une hydrocèle. » Arnaud ajoute « qu'il a trouvé la même chose dans des cadavres, et que M. Ledran lui a dit avoir remarqué que toutes les descentes des enfans se guérissent par le collement de l'embouchure intérieure du sac. » Cette même disposition a été signalée depuis par presque tous les chirurgiens qui se sont occupés de ce sujet. Les exemples d'oblitération du collet sont aujourd'hui assez nombreux pour que je n'aie pas besoin de donner beaucoup de faits à l'appui de mon assertion. Presque tous les chirurgiens des hôpitaux ont vu des hydrocèles dans des sacs herniaires. Pour ma part, j'en ai vu plusieurs exemples. La figure 10 de la planche 6 représente aussi une oblitération du sac avec persistance de l'épiploon dans sa cavité. Enfin, un fait remarquable, et qui doit trouver place ici, est rapporté par Littre,

et consigné dans les *Mémoires de l'Académie des Sciences* (1). Il s'agit d'*une hernie composée d'intestin et d'épiploon, et dont le sac n'avait plus aucune ouverture du côté de la cavité du ventre. L'entrée du sac s'était extrêmement rétrécie, et les parois en étaient collées ensemble.* Il s'agit bien, dans ce cas, d'une oblitération du collet; mais ce fait n'est pas rapporté avec assez de détails pour que l'on sache si l'intestin était resté dans le sac, ou s'il était rentré dans l'abdomen.

Cette terminaison, la plus heureuse de toutes, n'arrive pas constamment. Un resserrement successif peut avoir lieu sans que l'oblitération se complète : c'est surtout cette disposition qui donne lieu à des accidens si formidables. Si nous examinons anatomiquement le collet à cette période, il est facile de constater qu'il a été le siége d'une nouvelle transformation. A mesure que le collet s'épaissit, se resserre, la vascularisation diminue, et cette couche, primitivement dartoïque, présente la dureté et la résistance d'un tissu fibreux. Dans la seconde période, le collet, susceptible peut-être de se resserrer spasmodiquement, pouvait aussi se laisser légèrement dilater. Dans la troisième, toute dilatation devient impossible; ou le collet résiste à la pression des organes, ou il étrangle l'organe qui le pénètre. Nous trouverons dans cette alternative l'explication de certains faits qui jusqu'ici ont été à peine signalés, ou tout au moins fort mal interprétés.

Scarpa n'admet pas, comme on l'enseignait avant lui, que le sac herniaire puisse acquérir une épaisseur plus grande que celle du péritoine; il pense que toutes les fois que l'on

(1) *Mémoires de l'Acad. des Sciences*, année 1703, p. 49.

a cru à cet épaississement, l'on n'avait pas su distinguer le sac des parties plus extérieures auxquelles il est intimement uni ; il ajoute qu'il a trouvé le sac herniaire mince, chez un homme qui portait une hernie scrotale volumineuse depuis vingt ans ; la partie supérieure de ce sac était demi transparente et tout-à-fait semblable au péritoine sain. Après avoir cherché à prouver la non-existence de cet épaississement, Scarpa admet, cependant, *que, dans quelques cas, le sac herniaire lui-même est plus épais que le reste du péritoine.*

Il n'est pas possible, en effet, de révoquer en doute quelques faits bien observés. Arnaud rapporte que, dans un cas, il a vu toutes les parties environnant le collet, et le collet lui-même, former une masse presque aussi dure qu'un cartilage (page 503). En 1733, le même chirurgien a ouvert un sac herniaire qui avait au moins six lignes d'épaisseur (page 53). Au reste, Scarpa admet comme condition favorisant cet épaississement, la reproduction d'une hernie maintenue réduite depuis long-temps ; cette disposition est précisément celle que j'ai indiquée comme la plus favorable au travail de resserrement et d'épaississement. En effet, si une hernie est laissée non réduite, la pression incessante des organes dilate le collet et les anneaux fibreux ; le travail de l'organisation s'opère, mais l'action continuelle des intestins s'oppose à ce que ces ouvertures perdent de leur diamètre ; c'est alors que la partie supérieure du sac paraît *mince et demi transparente*. On ne peut nier que cette partie du péritoine ne soit assez transparente pour permettre d'apercevoir, au travers d'elle, la vascularisation qui siége au-dessous de cette membrane. Sous ce point de vue, les objections de Scarpa sont justes et doivent être adoptées ; mais quand

il ajoute que le sac est *mince*, il est permis de penser que ce chirurgien a conclu de la transparence au peu d'épaisseur. On peut facilement se convaincre que la couche vasculaire, que l'on aperçoit au-dessous du péritoine, adhère intimement à cette membrane et ne peut en être séparée. Scarpa était un observateur trop judicieux pour n'avoir pas constaté ce fait; et si je diffère d'opinion avec lui, c'est seulement pour l'explication qui ne me paraît pas exacte. Ma réponse, du reste, a été exposée dans le paragraphe précédent.

Avant d'aborder l'histoire des complications que les divers états du collet peuvent faire survenir, cherchons d'abord à déterminer, après avoir parlé de sa formation et de sa structure, quelle est le plus généralement sa forme et son étendue.

Nous pouvons dire que la forme du collet est en rapport avec l'ouverture fibreuse qui lui donne passage. Cette assertion, vraie pour la généralité des cas, ne l'est pas d'une manière absolue, comme je vais le démontrer, en me servant d'un exemple que tout le monde pourra apprécier. Dans une hernie inguinale oblique, le sac s'engage dans le trajet du cordon. Mais, comme la résistance des bords de l'ouverture n'est pas la même dans tous les points, que les vaisseaux épigastriques, en dedans, forment une espèce de point d'appui sur lequel le péritoine vient se froncer et se réfléchir, il en résulte que l'ouverture perd sa disposition première, et prend la forme d'un ovale plutôt que d'un anneau circulaire. Dans les ouvertures ainsi disposées, le travail d'organisation s'opère d'une manière bien plus active dans le point où le froncement a eu lieu. Là où le péritoine trouve un point d'appui qui lui résiste, là s'opère

plus rapidement cette transformation vasculaire que j'ai signalée; et comme la résistance du collet est en rapport avec le degré d'organisation, il en résultera qu'une moitié se laissera encore dilater pendant que l'autre moitié opposera une résistance invincible. Si nous voulons examiner plus avant le sac d'une hernie inguinale nous trouvons qu'à l'orifice du grand oblique le péritoine vient s'appuyer sur le pilier inférieur de l'anneau. C'est là aussi que l'organisation s'opère en premier lieu. Le collet d'une hernie inguinale sera donc constitué par un véritable canal dont chaque ouverture présentera un demi-anneau résistant; quelquefois, dans les hernies anciennes surtout, l'ouverture iliaque est refoulée en dedans; le canal disparaît presque en totalité; les deux demi-anneaux se rapprochent et se correspondent par leur concavité, ils se réunissent presque de manière à ne former qu'un seul anneau.

Le plus souvent, cependant, ces deux demi-anneaux réunis constituent un tour de spirale dont l'origine se trouve à l'ouverture iliaque et la terminaison à l'épine du pubis.

D'après ce que nous venons de voir, le collet du sac n'est pas constitué seulement par un anneau; on trouve quelquefois un véritable canal. J'ai vu dans un cas de hernie congéniale un collet qui avait une étendue de 40 centimètres environ. Dans des hernies inguinales accidentelles, la même observation a été faite, et on trouve dans la clinique de Dupuytren (1), deux faits dans lesquels l'étranglement existait dans toute l'étendue du canal inguinal. Je ne doute pas qu'on n'eût affaire à des dispositions semblables, quand on dit avoir pratiqué successivement trois ou quatre débride-

(1) *Leçons orales de Clinique* de Dupuytren, tom. III, page 590-591.

mens. C'est qu'en effet il faut plusieurs incisions pour diviser toute l'étendue d'un canal qui étrangle. Quelquefois le canal intermédiaire aux deux ouvertures peut avoir un diamètre plus considérable que ces dernières, et dans ces cas, il peut exister un double étranglement au niveau des deux anneaux inguinaux et non dans l'espace qui les sépare. Un fait de cette nature est consigné dans les *Leçons cliniques* de Dupuytren (tome III, page 600). Enfin il peut arriver que ce même espace soit très largement dilaté. Cette disposition pourrait donner lieu à des erreurs très graves. J'ai été témoin d'un fait de cette nature dans lequel il était presque impossible de ne pas se tromper. Dans une hernie inguinale gauche, en partie réductible et présentant néanmoins tous les signes de l'étranglement, le chirurgien crut devoir pratiquer l'opération. Après avoir ouvert largement la portion du sac qui était dans le scrotum, dans laquelle se trouvait une portion d'épiploon qui ne paraissait pas étranglé, la réduction de ce dernier fut opérée sans difficulté et sans aucun débridement. Le doigt étant porté à travers l'anneau, pénétra dans une poche qu'on crut être la cavité abdominale : le chirurgien croyait avoir opéré une hernie non étranglée, mais les accidens persistèrent et le malade ne tarda pas à succomber. On trouva à l'autopsie que la poche qu'on avait prise pour la cavité abdominale n'était que la portion du sac herniaire très largement dilatée, comprise entre les deux anneaux inguinaux. Une anse d'intestin, étranglée par le collet à l'anneau iliaque, n'avait pas été aperçue, et avait déterminé la mort. Ce fait a été communiqué à la société anatomique par mon collègue et ami, M. Bourdon.

§ Ier. Le collet du sac, à toutes les époques de sa durée, est soumis incessamment à l'action de deux influences, dont

l'une tend à augmenter le degré de la maladie, et l'autre à en arrêter les progrès; ces deux influences peuvent imprimer au collet des modifications qu'il est important d'examiner.

1° La première de ces influences, c'est la pression des organes, qui, à chaque effort violent, sont poussés vers l'ouverture. Nous avons vu que, dans la première période, le collet n'existait pas par lui-même; par conséquent, si de nouveaux efforts viennent agir sur lui, la portion de péritoine qui le forme sera refoulée au-dessous des anneaux pour participer à l'agrandissement du sac. Plusieurs collets pourront ainsi se faire et se défaire jusqu'à ce que le travail d'organisation que j'ai signalé vienne y apporter obstacle.

Dans la seconde période, le collet éprouvera des changemens plus importans encore à signaler. En effet, déjà à cette époque il offre un certain degré de résistance, et cependant il peut encore se dilater; si un effort violent agit sur lui ou sur le sac lui-même, il sera refoulé au-dessous des anneaux, et si son organisation est peu avancée, sa résistance peu considérable, ce collet déjà organisé participera à la formation du sac; un nouveau se formera au-dessus de lui, mais ce dernier aura à parcourir toutes les périodes de son évolution. Si le collet résiste à la dilatation, mais que l'effort soit assez violent pour le refouler, un nouveau sac se formera au-dessus du premier. La figure 6 de la planche 3, et la figure 5 de la planche 2 nous fournissent chacune un exemple de cette disposition. Ce mécanisme rend compte de la formation de deux ou plusieurs sacs superposés, disposition déjà signalée par plusieurs auteurs, mais surtout très bien décrite par M. Jules Cloquet.

J'ai déjà signalé que, dans certaines hernies, l'organisa-

tion ne marche pas avec la même activité sur tout le pourtour du collet, et comme la résistance est en rapport avec le degré d'organisation, il pourra se faire qu'une moitié de collet se laisse distendre, tandis que l'autre persiste et forme dans la cavité du sac une saillie plus ou moins considérable. Plusieurs collets ainsi disposés peuvent être successivement refoulés, comme cela arrive souvent dans la hernie inguinale, et nous trouvons dans ce fait l'explication de ces sacs multiloculaires, que j'appellerais volontiers sacs à colonnes, à cause de l'analogie qu'ils présentent avec les vessies que l'on désigne sous ce nom. La plupart des hernies sont soumises pendant toute la durée de la vie à l'influence dont je viens de parler; aussi le collet reste-t-il le plus souvent à cet état, que j'ai considéré comme sa seconde période.

Dans la troisième, le collet, plus étroit et plus résistant, ne se laisse plus dilater ni en totalité ni en partie; si l'effort est assez violent, le sac est refoulé en entier, un nouveau sac complet se forme au-dessus de lui; par conséquent, nous n'aurons plus seulement des sacs à colonnes, mais des sacs multiples, qui présentent des dispositions variées, mais tellement importantes à faire connaître, que je me contente de les énumérer ici, voulant consacrer à chacun des types principaux que j'ai représentés un chapitre spécial : Arnaud disait, en discutant une observation de Méry, que si ce chirurgien eût connu la hernie de naissance, il se serait épargné des argumens bien inconséquens; ne puis-je pas dire à mon tour que si les chirurgiens eussent bien connu la structure et l'évolution du collet du sac, ils auraient pu expliquer des faits que plusieurs ont refusé d'admettre, et éviter peut-être par là des erreurs bien funestes.

Voici les types principaux que je me propose d'examiner, et l'ordre dans lequel je vais procéder.

Par suite du refoulement du collet, il peut exister du même côté et dans la même gaîne :

1° Deux ou plusieurs sacs superposés ;

2° Deux sacs herniaires accidentels placés l'un à côté de l'autre ;

3° Un sac herniaire congénial et un sac herniaire accidentel ;

4° Deux sacs herniaires accidentels dont l'un est placé sur l'une des parois de l'autre ;

5° Deux sacs herniaires accidentels dont l'un est oblitéré.

§ II. La seconde influence qui agit sur le sac tend, soit à arrêter les progrès du mal, soit à en amener la cure radicale.

1° Indépendamment des moyens artificiels à l'aide desquels on peut chercher la guérison des hernies, il en est un qui est mis en jeu par la nature, et auquel on n'a peut-être pas accordé une action assez grande dans la cure spontanée des hernies, je veux parler de la rétraction du péritoine. Lorsqu'un sac herniaire est encore peu prononcé, il disparaît, et toute trace de collet s'efface, si l'on exerce quelques légères tractions sur le péritoine. Je ne doute pas que ce ne soit ce mécanisme qui agisse dans certaines hernies, qui, développées subitement à la suite d'un effort violent, se réduisent d'elles-mêmes au bout d'un certain temps. Cette rétraction est encore mise en jeu et d'une manière bien plus évidente, lorsque l'abdomen vient à être distendu. Ainsi, chez une femme qui, à la suite d'une première grossesse, avait été affectée d'une hernie inguinale du volume d'un œuf de pigeon, j'ai vu celle-ci disparaître pendant une seconde ges-

tation et ne pas se reproduire depuis l'accouchement. Je ne chercherai pas à expliquer comment, dans le premier cas, le péritoine est constamment retiré du côté du ventre, il me suffit de constater ce phénomène qui a été, du reste, parfaitement décrit par Scarpa ; c'est encore par ce mécanisme que s'opère la rentrée du sac herniaire après l'opération. Dans la seconde période, cette rétraction n'est plus possible ; le collet a atteint une résistance, qui, plus marquée encore dans la troisième période, s'oppose à ce mode de réduction de la hernie.

2° *Taxis*. Quel est l'action du taxis sur un sac herniaire?

Scarpa prétend que, lorsqu'un sac est encore peu volumineux, il est facile de le refouler vers les anneaux. J'avoue que sur ce point mes observations m'ont fait adopter une opinion entièrement différente de celle de cet auteur. J'ai souvent sur des cadavres tenté de réduire le sac de hernies peu anciennes, je n'ai jamais pu y parvenir complétement.

La réduction par le taxis devient tout-à-fait impossible à la deuxième et à la troisième période ; ce fait est aujourd'hui admis par tous les chirurgiens. Je dois ajouter, cependant, que je n'entends parler que d'un sac vide ; car si celui-ci contient des organes qui y sont étranglés ou qui adhèrent au fond du sac, la réduction devient possible. Si j'insiste sur ce fait, c'est que Louis en a nié la possibilité ; au reste, dans le cours de ce travail, je m'occuperai, avec quelques détails, de cette réduction simultanée, du sac et des organes contenus.

3° *Application des bandages*. L'action efficace d'un bandage porté d'une manière continue n'est pas contestable, mais il est curieux d'examiner comment elle agit. Ledran attribuait à la pression du bandage le *collement des bords de*

l'ouverture du sac herniaire. Arnaud, Richter, J.-L. Petit, Scarpa et la plupart des chirurgiens modernes ont accepté cette explication. Après avoir examiné avec attention la structure anatomique des parties, je me suis convaincu qu'il fallait croire un peu plus aux efforts de la nature et attribuer moins d'importance à la pression du bandage. Cette manière de voir se trouve confirmée par la guérison des hernies par le décubitus dorsal prolongé. Ainsi, Fabrice de Hilden a vu un homme de soixante ans, qui, depuis vingt ans, portait une hernie scrotale volumineuse, guérir radicalement pour avoir été obligé de garder le lit pendant six mois pour une autre maladie. Des faits analogues ont été observés par d'autres chirurgiens. N'est-on pas alors autorisé à n'accorder au bandage qu'une action secondaire, et ne peut-on pas dire avec Arnaud que la nature et l'art travaillent de concert à la cure de la maladie ?

Quels sont les rapports du collet avec les anneaux fibreux ?

Pendant long-temps on a dit que le collet et le sac contractaient des adhérences si intimes avec les parties voisines qu'il n'était plus possible d'opérer la réduction ; c'est en s'appuyant sur cette opinion que Louis rejeta comme erroné le fait d'une réduction en masse rapporté par Ledran. Arnaud le premier a fait observer que les adhérences n'étaient pas aussi fortes qu'on l'avait pensé jusqu'à lui. Les recherches anatomiques auxquelles je me suis livré m'ont permis de pouvoir déterminer d'une manière précise les connexions du collet et du sac avec les parties voisines. J'ai déjà indiqué la transformation vasculaire du tissu sous-péritonéal au niveau du collet, mais cette transformation ne s'étend pas à

toute l'étendue de la hernie. Aussi, tandis qu'au collet le péritoine et le tissu sous-jacent s'unissent d'une manière intime, les deux couches restent distinctes dans tous les autres points. Au-delà du tissu cellulaire on rencontre une couche que je considère comme l'analogue du *fascia superficialis :* c'est le *fascia propria* du péritoine. La vascularisation au niveau du collet se trouve entre le *fascia* et le péritoine. Par sa surface extérieure, ce fascia conserve son aspect celluleux ; il n'est uni aux parties plus superficielles que par un tissu lâche qui se détache assez facilement. Aussi dans toute réduction en masse le sac rentre-t-il avec le tissu sous-péritonéal et le *fascia propria*. Cette membrane, mince dans l'état normal, s'épaissit lorsqu'il existe une hernie, et établit une sorte de démarcation entre le sac et les parties plus extérieures.

CHAPITRE II.

CONSIDÉRATIONS CHIRURGICALES.

J'ai dit au commencement de ce travail que je ne voulais pas m'occuper de ce qui était relatif à la possibilité de l'étranglement par les anneaux. J'ai eu soin d'indiquer cependant que c'était dans la première période de la formation du sac, qu'on devait chercher les élémens du problème. Dans la seconde période, l'étranglement peut avoir lieu par le collet : c'est un fait que personne ne me contestera. Les anneaux restent-ils alors complétement étrangers à la production de cet accident? Le collet est-il susceptible d'agir en vertu de ses propriétés contractiles? Ce sont autant de points que je ne veux pas aborder dans ce moment; mais le collet du sac, à sa troisième période, donne lieu à des phénomènes si peu connus et pour la plupart si mal interpré-

tés, que j'ai cru devoir diriger vers ce but toute mon attention.

Le collet du sac, à cette période, doit être considéré dans trois états différens : 1° Dans sa place habituelle; 2° refoulé du côté du péritoine; 3° refoulé du côté des tégumens.

Du collet à sa place habituelle.

Je considérerai ici non-seulement la hernie accidentelle, mais encore la hernie congéniale que je range dans la même catégorie, j'ajouterai cependant qu'elle donne lieu à des accidens particuliers qu'on n'observe pas dans les autres cas. Lorsque l'évolution est complète, la tunique vaginale s'isole du péritoine. Lorsqu'elle est incomplète ou arrêtée dans sa marche, la communication persiste, et, donnant passage à du liquide ou à l'intestin, constitue dans le premier cas une hydrocèle, et dans le second une hernie congéniale.

Il est démontré aujourd'hui que la communication persiste également quelquefois sans se manifester par aucun signe. Je l'ai observé une fois sur un homme de quarante ans environ; je l'ai vu deux fois sur des enfans, l'un de dix à douze ans, l'autre de quatre. Une pareille disposition a été signalée par d'autres chirurgiens. Cette ouverture, qui pendant long-temps n'a pas laissé pénétrer les organes, peut, sous l'influence d'un violent effort, admettre une anse intestinale et produire immédiatement un étranglement. La possibilité de ce fait, que je vais tout-à-l'heure démontrer par des observations, prouve combien la dénomination de hernie congéniale est inexacte, et m'oblige à considérer deux espèces de hernies dans la tunique vaginale, l'une, congéniale proprement dite, et une autre qui peut se présenter plus ou moins long-temps après la naissance, que

je désignerai sous le nom de hernie accidentelle de la tunique vaginale. M. le professeur Roux a opéré une hernie de ce genre chez un homme de trente ans environ, chez lequel la hernie s'était produite et étranglée instantanément. M. le professeur Velpeau a pratiqué la même opération sur un élève en médecine de vingt-deux ans, qui avait vu aussi sa hernie se produire subitement et s'étrangler immédiatement. J'ai moi-même été témoin d'une opération semblable, faite en 1837, après à la Charité, par ce même chirurgien, sur un ouvrier de vingt-six ans qui avait vu sa hernie se produire et s'étrangler en faisant un effort pour soulever un fardeau. Enfin, tout récemment, M. le professeur Bérard, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, a opéré un homme de vingt-et-un ans qui était dans les mêmes conditions. L'observation m'a été communiquée par mon collègue et ami, M. Jarjavey. J'ai cru devoir la rapporter en entier, car elle renferme des détails qui jusqu'ici ne me paraissent pas avoir été suffisamment étudiés et sur lesquels je me propose d'appeler l'attention.

« Le nommé Buisson (Auguste) est entré à l'hôpital Saint-Antoine le 2 mars 1842, dans la salle Saint-François, n° 11. Ce garçon, âgé de vingt-et-un ans, est d'une constitution faible et d'un tempérament lymphatique. Jamais avant son entrée à l'hôpital, ce malade ne s'était aperçu que la région inguinale gauche fût le siége d'une tuméfaction même légère; les bourses lui avaient toujours paru avoir le même volume à droite et à gauche, et jamais il n'avait ressenti de douleurs dans cette région.

« Dans la journée du 2 mars, ce jeune homme, en faisant un effort pour soulever un fardeau, ressentit une douleur vive dans la région inguinale gauche, et en même temps il recon-

nut qu'il s'était développé dans cette partie une tumeur de la grosseur d'un marron. Aucune tentative de réduction ne fut faite avant l'entrée de ce malade qui fut apporté dans la journée. Après son entrée à l'hôpital, on cherche vainement à réduire la tumeur ; un bain est prescrit, et le taxis est renouvelé avec le même insuccès, pendant que le malade est dans l'eau. Un cataplasme est appliqué sur la tumeur. Dans la soirée, on cherche inutilement à réduire ; les nausées et les vomissemens se déclarent, un lavement purgatif est administré. Pendant la nuit, le malade éprouve des douleurs violentes ; il a des vomissemens de matières liquides et verdâtres ; cependant il a eu une selle liquide mêlée à quelques grumeaux de matières fécales solides.

« Le 3, il présente l'état suivant : dans la région inguinale gauche l'on trouve une tumeur d'apparence bilobée ; elle a le volume d'un gros œuf, tandis qu'au moment de l'accident elle présentait à peine celui d'un marron. Cette tumeur est tendue, douloureuse au toucher vers l'anneau inguinal externe ; par son extrémité supérieure, elle se continue avec une corde également douloureuse qui a son siége dans le canal inguinal ; la base de cette tumeur est arrondie, indolente, excepté à la partie postérieure, inférieure et interne où la pression détermine une douleur violente. On cherche vainement des traces de séparation entre le testicule et la tumeur ; la percussion pratiquée sur le point tuméfié donne un son mat. Le ventre est souple, non douloureux, et l'on ne sent pas de corde tendue partant du canal inguinal. De nouvelles tentatives de taxis sont vainement pratiquées. Le malade est toujours fatigué par les nausées. Cataplasmes sur la tumeur ; diète. L'opération est faite quelques heures plus tard.

« La tumeur a encore augmenté de volume depuis le matin; une incision est pratiquée sur la face antérieure de la tumeur; les différentes couches sont disséquées avec les précautions ordinaires; le sac est ouvert avec la pointe du bistouri, et aussitôt une grande quantité de sérosité jaillit sous forme de jet par cette petite incision; l'ouverture est agrandie avec des ciseaux, et les parties herniées sont alors à découvert. Au milieu d'un liquide séreux, sanguinolent, on voit une masse jaunâtre occupant la partie supérieure du sac; cette masse est dure au toucher et elle se continue supérieurement avec le cordon signalé dans le canal inguinal. Il est impossible d'étendre cette masse épiploïque qui semble former un tout homogène, non séparable sans rupture. A la partie inférieure et sur les parois du sac se trouve un corps de forme ovalaire, d'un blanc cendré, présentant des vascularisations à sa périphérie; son volume est celui d'un œuf de perdrix. On reconnaît facilement que ce corps est le testicule. En soulevant la masse épiploïque, on ne trouve pas d'intestin; le doigt est introduit avec facilité dans le canal inguinal; vers l'orifice interne, on croit sentir sous la pulpe du petit doigt une petite tumeur arrondie, lisse, qui, sous l'exploration, fuit dans la cavité abdominale; le doigt, en la suivant, pénètre dans l'abdomen.

« Après l'opération, tous les symptômes d'étranglement ont disparu; le malade est dans un calme parfait; l'épiploon est laissé non réduit à l'extérieur. Pansement simple; fomentations sur l'abdomen; diète absolue; infusion au tilleul.

« Le 4. Le malade est dans un état satisfaisant; le ventre est souple, non douloureux à la pression: le pouls donne 84 pulsations; la chaleur de la peau est légèrement élevée; la

langue est blanche, humide. Le malade n'a pas eu de selles depuis l'opération ; lavement purgatif.

« Le 5. Le malade a eu deux selles dans la journée du 4. L'état général est excellent ; la plaie a un bon aspect ; l'épiploon hernié est rouge, tuméfié.

« La maladie n'a rien présenté de particulier dans sa marche ultérieure ; l'épiploon s'est affaissé peu-à-peu, et la plaie s'est cicatrisée à la manière des plaies qui suppurent. »

On voit dans l'observation qui précède que la tumeur herniaire, au moment de sa formation, avait à peine le volume d'une châtaigne, tandis qu'au moment de l'opération elle présentait le volume d'un gros œuf. Cet accroissement rapide de la tumeur après l'étranglement n'est pas mentionné et n'existe pas, en effet, ordinairement, dans les hernies. Cette circonstance, qui, jusqu'ici, a été une cause d'erreur, doit, au contraire, devenir un élément important pour le diagnostic et pour le traitement. Examinons ce phénomène dans ses causes et dans sa nature.

Lorsqu'une tunique vaginale communique avec le péritoine au moyen d'une ouverture qui, pendant plusieurs années, ne se sera pas laissé pénétrer par les organes, cette dernière, trop résistante, ne se laissera pas dilater subitement; trop étroite, elle ne pourra admettre qu'une petite portion d'intestin ou même, comme on l'a vu souvent, une partie seulement du calibre de ce tube, circonstance qui apporte, comme nous le verrons plus tard, de nouvelles difficultés dans le diagnostic. La portion d'organe herniée ne sera donc pas en rapport de volume avec la capacité de la tunique vaginale, mais avec le diamètre de son collet. Au moment de l'effort, l'organe hernié pourra être si peu volumineux qu'il échappera à l'attention du malade et quelquefois même

du chirurgien. Mais cette portion ainsi étranglée deviendra bientôt le siége d'une exhalation séreuse considérable, qui ne tardera pas à distendre la tunique vaginale, présentant tous les caractères d'une hydrocèle, comme on le voit dans l'observation précédente, et pouvant ainsi en imposer à des chirurgiens qui ne seraient pas instruits de ces faits. La présence du liquide doit aussi devenir une indication pour ne pas différer l'opération du débridement. Dès que l'exhalation séreuse a distendu le sac herniaire, toute tentative de taxis devient à-peu-près inefficace; la pression, agissant sur le liquide et non sur l'intestin lui-même, est presque toujours sans résultat. Une autre circonstance dont il faut tenir compte, c'est que l'étranglement a lieu très près de la cavité péritonéale, derrière les muscles de l'abdomen. Comme la tumeur ne peut pas être fixée pendant l'opération du taxis, elle se cache derrière les muscles, refoule les parties mobiles qui l'entourent, et échappe ainsi aux tentatives les plus méthodiques. Ce que je viens de signaler pour la hernie congéniale peut aussi avoir lieu dans une hernie accidentelle. Plusieurs malades, après avoir porté long-temps un bandage, l'ont abandonné parce qu'ils se croyaient complétement guéris, et ont vu tout-à-coup la hernie se reproduire et s'étrangler. Les nombreuses observations de cette nature, la gravité des accidens, montrent combien les chirurgiens ont eu raison de conseiller l'application continuelle et non interrompue du brayer, même long-temps après que la guérison paraît complète; car le phénomène qui tend à produire une guérison radicale devient une source d'accidens formidables. Aussi, combien un chirurgien célèbre, et qui avait traité cette matière, avait raison de dire qu'il *valait mieux pour un hernieux vendre sa chemise que son bandage*. Les her-

nies qui s'étranglent dans de pareilles conditions présentent encore des circonstances particulières que je vais essayer de faire connaître. Dans ce cas, comme dans la hernie congéniale, le volume de l'organe hernié n'est nullement en rapport avec la capacité du sac, mais avec l'étroitesse de l'ouverture. Dans ces hernies, il existe aussi une augmentation plus ou moins considérable de la tumeur, à partir du moment de l'étranglement.

La plupart des observations consignées dans les auteurs manquent complétement de détails. Il n'en est pas moins démontré que le liquide, quelquefois très abondant, qu'on a trouvé dans certaines hernies, n'existait pas au moment de l'étranglement, mais qu'il était la conséquence de cet accident. N'est-il pas rationnel d'admettre, quoiqu'il n'en soit pas fait mention, que ce liquide a augmenté d'autant le volume de la tumeur, comme on le voit dans l'observation de M. Bérard, comme j'ai pu le constater aussi moi-même dans deux cas ? Ce que j'ai dit précédemment, concernant le diagnostic et le traitement de la hernie congéniale, s'applique aussi à cette dernière. Mais, une chose qu'on n'observe pas dans la *hernie accidentelle de la tunique vaginale*, et qui appartient exclusivement soit à la hernie congéniale proprement dite, soit à la hernie accidentelle, c'est le volume moins considérable de la tumeur comparativement à ce qu'elle a été précédemment. (On n'a pas de terme de comparaison dans la hernie qui s'étrangle au moment où elle se manifeste). Cette circonstance pourrait induire en erreur et laisser le chirurgien et le malade dans une sécurité trompeuse. J'ai vu une hernie qui présentait cette disposition ; elle avait pendant long-temps énormément distendu le scrotum, et l'application méthodique d'un bandage l'avait em-

pêchée de se reproduire, lorsque quelques mois après, pendant un accès de toux, la hernie ressortit malgré ce bandage, et s'étrangla immédiatement; elle avait à peine le quart de son volume primitif, et si l'étranglement eut lieu dans ce cas, c'est que l'ouverture s'était considérablement rétrécie.

Déplacement du collet.

Le collet du sac peut être déplacé dans deux sens divers : 1° du côté de la cavité péritonéale ; 2° du côté des tégumens.

Déplacement du côté du péritoine.

Ce mode de déplacement ne peut avoir lieu, ou du moins n'a été constaté que dans des cas où, à la suite d'un étranglement, le sac et les parties contenues sont rentrés en masse dans le ventre. Le premier fait de cette nature qu'on trouve dans la science est rapporté par Saviard (1). Ce chirurgien raconte ainsi le fait : « Ayant vu un autre chirurgien, d'ail-
« leurs assez habile, lequel s'étant obstiné à vouloir que
« cette poche que l'on découvre d'abord fût l'intestin même,
« la sépara tout autour, puis la réduisit en dedans. La ma-
« lade étant morte quatre heures après, je fis l'ouverture du
« corps pour mon instruction et je trouvai l'intestin étranglé
« dans l'*anneau*, après avoir ouvert cette poche qu'il avait fait
« rentrer dans le ventre. » Ce fait est rapporté avec assez de détails pour convaincre le lecteur qu'il s'agit d'une réduction en masse du sac herniaire pris pour l'intestin. Cette observation passa néanmoins presque inaperçue, mais trente ans plus tard, Ledran fit connaître un fait à-peu-près semblable qui fixa l'attention des chirurgiens. Ce fait devint la cause

(1) *Observations de chirurgie*, page 90, XIXe observation.

d'une polémique très passionnée, et il a dû à cette circonstance une grande publicité. Arnaud le fils avait fait la réduction d'une hernie, et voyant les accidens persister, il fit appeler Ledran. Ce chirurgien, « *d'après les renseignemens*
« qui lui furent fournis, d'après l'état du malade, présuma
« que l'intestin remis dans le ventre avec le sac herniaire y
« était encore enfermé et étranglé. Le malade mourut peu
« de temps après. On trouva à l'autopsie le sac herniaire
« qui avait trois pouces de profondeur sur huit de circonfé-
« rence, et dans le sac était encore enfermée 60 centimètres
« de l'intestin jéjunum. Tenant le sac à pleines mains, je
« voulus en faire sortir l'intestin en le tirant par un des
« bouts ; mais la chose me fut impossible tant l'entrée du sac
« était resserrée, et je n'en vins à bout qu'en coupant cette
« entrée avec des ciseaux. »

Ce fait contrariait les idées de Louis. Aussi le secrétaire de l'Académie de chirurgie commença-t-il une polémique des plus violentes. La possibilité du fait fut niée par lui. La bonne foi de Ledran fut mise en cause et après avoir cherché à réfuter phrase par phrase l'observation de ce dernier, Louis s'écrie : « Laisserons-nous dégrader l'art le plus utile à l'humanité en tolérant des principes aussi défectueux ? » Ce langage peu scientifique suffit pour donner une idée de la passion que Louis apporta dans cette discussion. Malgré l'autorité de Ledran, malgré une réponse d'Arnaud qui n'était pas moins énergique que l'attaque, l'opinion de Louis rencontra plusieurs partisans et l'Académie de chirurgie fut, pour ainsi dire, divisée en deux camps sur cette question. Scarpa, à son tour, s'est occupé de ce sujet, et c'est à peine s'il daigne réfuter les argumens de Louis. « Il semble, dit-il, que l'illustre secrétaire de l'Académie

n'ait refusé d'ajouter foi à des observations aussi bien constatées, que parce qu'elles se trouvaient contraires à une opinion qu'il avait émise avec beaucoup d'assurance (1). » En France les travaux de Dupuytren ont complétement fixé les chirurgiens sur la possibilité et même sur la fréquence de cet accident. Le célèbre professeur de l'Hôtel-Dieu a rencontré, pour son compte, huit ou dix cas de cette nature (2). Ce fait étant admis, examinons maintenant dans quelles conditions on peut l'observer.

Les faits connus jusqu'à ce jour nous permettent de considérer cet accident dans trois états différens : 1° A la suite d'une réduction spontanée; 2° à la suite du taxis, sans opération sanglante; 3° à la suite d'une opération incomplète.

1° *Réduction spontanée.* — C'est à cette division que doit se rapporter la réduction spontanée du sac et des organes sans le secours du taxis. Ce fait, encore plus extraordinaire que celui de Ledran, eut, à plus forte raison, été nié par Louis. Un exemple consigné dans les *Leçons orales* de Dupuytren en démontre suffisamment la possibilité. Il s'agit d'une hernie crurale qui, après avoir résisté à des efforts de taxis, se réduisit en masse spontanément. Le chirurgien, voyant les accidens persister, crut devoir pratiquer l'opération. Il alla chercher dans le ventre le sac herniaire réduit, et pratiqua le débridement. Je n'ai pas trouvé dans les auteurs de fait analogue.

2° *Réduction en masse par le taxis.* — A cette division appartient le fait de Ledran (3). Arnaud avait pratiqué le taxis, et réduit en même temps l'intestin et le sac qui le contenait.

(1) *Traité des hernies*, Paris, 1812, in-8°.
(2) *Clinique chirurg.* tom. III, p. 553.
(3) *Observations de chirurgie*, par *Ledran*, tom. II, p. 14.

Des observations de ce genre ont été publiées par divers auteurs. Deux exemples analogues sont consignés dans la *Clinique* de Dupuytren. J'ai vu moi-même, dans le service de M. Blandin à l'Hôtel-Dieu, une hernie inguinale volumineuse qui se réduisait très facilement pour se reproduire au moindre effort. M. Auguste Bérard m'a communiqué un fait qui lui est propre, et dont je rapporte ici les principaux détails.

Un prêtre portait, depuis plusieurs années, une hernie crurale droite qui pouvait alternativement rentrer et sortir avec la plus grande facilité. Jamais ce malade n'avait porté de bandage quelle que fût la fatigue qu'il éprouvât, soit en chantant l'office, soit en travaillant à son jardin. Un jour la hernie sortit pendant l'office divin; le malade la fit brusquement rentrer; mais en même temps il éprouva de vives douleurs, accompagnées de vomissemens et de tous les signes d'un étranglement interne. Les accidens persistèrent nonobstant la reproduction de la hernie, qui reparut au bout de quelques heures.

Trente-six ou quarante-huit heures après la première réduction, de nouvelles tentatives de taxis firent rentrer la tumeur, mais loin de cesser, les accidens ne firent que s'aggraver et devenir plus alarmans.

L'opération fut pratiquée le lendemain, et l'on reconnut que l'anneau crural était parfaitement libre, qu'il ne contenait aucun viscère et qu'il était simplement élargi. Le doigt, porté dans cet anneau, reconnut dans l'intérieur du ventre une tumeur, dont le chirurgien ne put à l'aide d'une pince faire saillir qu'une partie à travers l'anneau crural. Reconnaissant dans cette tumeur un sac herniaire très épais, l'opérateur incisa ce dernier et laissa s'écouler la sérosité san-

guinolente qui y était contenue; puis il engagea dans cette ouverture le doigt indicateur qui, arrivé bientôt à l'intestin lui-même, facilita la sortie d'une grande quantité de matières intestinales. L'opération ne fut pas suivie d'une amélioration sensible, le malade succomba trente-six heures après. A l'autopsie l'on trouva : 1° les traces d'une péritonite sur-aiguë ; 2° un sac herniaire situé en grande partie dans le ventre ; 3° un collet occupé par une anse intestinale perforée du côté de la cavité du sac.

Je ne chercherai pas à discuter ici ce qui a trait au diagnostic et au traitement de ces complications. Ce serait, je crois, m'éloigner de mon sujet.

Une variété que je dois encore mentionner ici, parce qu'elle est la conséquence de l'organisation du collet, a été signalée par M. Laugier (1) : il ne s'agit pas ici d'une réduction simultanée du sac et des organes herniés, mais d'un *arrachement* du collet qui, détaché par les efforts du taxis, a été refoulé dans le ventre en conservant avec l'intestin hernié les mêmes rapports. Les accidens continuèrent, et le malade ne tarda pas à succomber. Voici comment ce chirurgien rend compte de l'état des organes à l'autopsie. « A l'ouverture du ventre, dit-il, dans la région hypogas-« trique, l'intestin incarcéré d'abord dans la tunique vagi-« nale, constituant une anse intestinale d'environ un pied de « long, fut trouvé étranglé par une bandelette circulaire, « aplatie, de 3 à 5 millimètres de longueur, et qui, dans « aucun point n'était adhérente à l'intestin qu'elle étrei-« gnait. » Plus loin, M. Laugier ajoute, « mais ce qui « dut frapper davantage l'attention des assistans, ce fut de

(1) *Bulletin chirurgical*, tom. I, p. 363.

« rencontrer à l'orifice du canal inguinal une espèce de « portion de doigt de gant tronquée au sommet, offrant en « ce point un bord légèrement frangé, dont la coupe ré- « sultait évidemment d'une déchirure circulaire. Ce repli « était adhérent, par sa base, au pourtour de l'orifice supé- « rieur du canal inguinal, et en le réduisant, il fut facile de « remarquer qu'il venait du péritoine abdominal voisin de « l'anneau qui avait été entraîné par l'intestin. »

3° *Réduction en masse à la suite d'une opération incomplète.* — Quand il opère une hernie étranglée, le chirurgien peut être trompé par l'aspect du sac herniaire et le prendre pour l'intestin lui-même. Des erreurs de ce genre ont été commises par les chirurgiens les plus distingués, et si quelquefois il est arrivé d'ouvrir l'intestin, lorsqu'on ne croyait pas encore avoir ouvert le sac, dans d'autre cas, celui-ci a été isolé des parties voisines, débridé de toutes parts et réduit dans le ventre avec la partie d'intestin qu'il contenait. Tel est le fait rapporté par Saviard; on trouverait peut-être plusieurs cas analogues dans la science, si les chirurgiens tenaient moins à cacher leurs erreurs. Deux faits de cette nature, que je possède, doivent trouver place ici. L'un m'a été communiqué par M. Denonvilliers, chef des travaux anatomiques de la Faculté; le second appartient à M. le professeur Velpeau; il a été publié dans la *Gazette des hôpitaux, le* 9 mars 1842. La figure 8 de la planche V a été dessinée d'après nature sur le dernier fait.

Dans le cas que m'a communiqué M. Denonvilliers, ce chirurgien avait eu à opérer, à l'hôpital Saint-Antoine, une hernie crurale. Le premier temps de l'opération ne présenta rien de particulier. Arrivé plus profondément, l'opérateur découvrit une tumeur qu'il crut être l'intestin; il l'isola de

toutes parts, pratiqua le débridement et réduisit sans difficulté. Lorsque le pansement fut terminé, le chirurgien conçut quelques doutes sur le résultat de l'opération. Il soupçonna que le sac herniaire pouvait bien ne pas avoir été ouvert. Cependant il attendit, et la persistance des accidens le détermina à achever, deux jours après, l'opération qu'il avait commencée. A l'aide d'une pince, il essaya de saisir le sac et de le ramener à l'extérieur. Il y parvint sans difficulté et put alors pratiquer le débridement sur le collet du sac.

Dans le cas de M. Velpeau, il s'agissait encore d'une hernie crurale. Dès que le sac fut à découvert, on crut avoir affaire à une portion d'intestin dépourvue de péritoine. La tumeur fut isolée de toutes parts et réduite dans le ventre. La malade ne tarda pas à succomber, et on trouva à l'autopsie le sac herniaire réduit en masse et contenant une anse intestinale étranglée.

Il est un autre mode de déplacement du sac, qui ne se trouve signalé dans aucun ouvrage. Je veux parler de son renversement du côté du péritoine. Je possède une seule observation de ce genre; je la dois à l'obligeance de M. le docteur Charles Fournier, ancien interne de l'Hôtel-Dieu. Pour donner une idée nette de cette disposition, j'ai fait dessiner un sac herniaire sur lequel j'avais produit artificiellement ce mode de déplacement. Dans ce cas, le chirurgien crut avoir découvert l'intestin. Il isola le sac de toutes parts, débrida les anneaux fibreux, et pratiqua la réduction. Le sac n'avait pas été ouvert; il fut par la pression renversé du côté du ventre, et l'intestin se trouva ainsi réduit. Mais comme il y avait un commencement de gangrène, la mort survint rapidement à la suite d'un épanchement de matières

fécales. J'ai cru cette observation assez intéressante pour la rapporter en entier.

La nommée Thuillier (Marie), sans profession, âgée de 61 ans, entra le 15 mars 1828 à l'Hôtel-Dieu.

Cette femme, dont la santé est détériorée par la misère, entre pour une tumeur qu'elle porte depuis un an à l'aine du côté gauche; elle ne peut fournir aucun renseignement. Cependant elle prétend n'avoir jamais pu faire rentrer dans le ventre la totalité de la tumeur; jamais elle n'a porté de bandage. Dans la matinée du 13 mars, sa tumeur devint dure. En même temps elle éprouva des coliques, du hoquet; elle eut des nausées, des éructations et des vomissemens qui amenèrent plus tard l'expulsion de matières fécales par la bouche. Ces accidens persistèrent jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, sans être accompagnés de déjections alvines.

Le 15 mars, au soir, on trouva cette tumeur dure et rétrécie à sa racine qui se dirige vers le trajet connu de l'anneau crural; le sommet large et dépressible dépasse et recouvre une partie de l'arcade crurale. Pendant le taxis, le chirurgien perçoit une sensation de bruissement, de froissement de gaz qui lui fait penser que l'étranglement est levé. Dans le cas contraire, la faiblesse extrême et le refroidissement de la malade ne permettraient pas à celle-ci de supporter l'opération. Application de 12 sangsues sur la tumeur; cataplasmes. A neuf heures du soir, vomissemens abondans de matières fécales, pas de selles; les hoquets et les nausées persistent toute la nuit.

Le 16, même état; le pouls s'est un peu relevé; les extrémités sont moins froides. L'état général empêche le chirur-

gien de pratiquer l'opération. 15 sangsues sur la tumeur, cataplasmes émolliens.

Le soir, cet état persiste; la malade demande qu'on l'opère immédiatement.

Une incision en T fut pratiquée sur la tumeur, la première branche suivant la direction de l'arcade crurale, la seconde verticale suivant l'axe de la tumeur; on arriva ainsi sur du tissu celluleux épaissi qui fut incisé sur la sonde cannelée. Arrivé au sac, le doigt indicateur de la main gauche du chirurgien fut porté entre le sac et l'anneau crural, après quoi le débridement fut pratiqué largement en haut et en dehors; puis le sac herniaire fut détaché des parties environnantes, et réduit du côté de l'abdomen en se retournant sur lui-même comme un doigt de gant. La réduction fut ainsi opérée en bloc; aussi le doigt introduit par l'anneau ne put-il point reconnaître la cavité péritonéale, ni les circonvolutions intestinales, ne pouvant exercer qu'un mouvement de rotation dans une cavité terminée en cul-de-sac et formée par le renversement du sac herniaire. La hernie avait été réduite en masse, parce que la forme lobuleuse de la tumeur l'avait fait considérer comme formée uniquement d'épiploon qu'on crut avoir mis à découvert.

L'opération fut pratiquée à la lumière artificielle. Les accidens continuèrent pendant la nuit, et la malade mourut le lendemain, 17 mars, dans la matinée.

Autopsie faite 24 heures après la mort.

La région inguinale gauche présente des traces de piqûres de sangsues; l'incision et les parties qu'elle met à découvert, sont noirâtres et comme infiltrées de sang. L'anneau crural est dilaté et permet l'introduction facile du doigt. On trouve dans l'abdomen les traces d'une péritonite;

le mésentère est rouge, friable, recouvert de fausses membranes. Le péritoine n'est ouvert dans aucun point de son étendue. Au niveau de l'orifice supérieur de l'anneau crural gauche, on voit une petite tumeur membraneuse, en forme de mamelon, large à son sommet, faisant une saillie d'environ un pouce dans l'abdomen, et formée par le sac renversé. En introduisant le doigt dans la plaie, on arrive dans la cavité de ce mamelon, qui n'a aucune communication avec le péritoine; c'est l'extrémité du doigt de gant formé par le sac et les parties cellulo-fibreuses qui le recouvrent. On peut à volonté renverser ce sac en dehors ou en dedans; la face extérieure est celluleuse, l'intérieure est lisse, séreuse, et se continue de toutes parts avec le péritoine des parois abdominales; l'épaisseur du tissu qui sépare ces deux faces, varie de 5 à 10 millimètres, suivant les points où on l'examine.

La portion d'intestin qui a fait hernie, est distante du cœcum d'environ 65 centimètres; elle n'avait été pincée que dans les trois quarts antérieurs. Un cercle bleuâtre annonçait les points sur lesquels avait porté l'étranglement. Toute cette partie étranglée est ardoisée, molle, non élastique; son centre est percé d'une ouverture circulaire de 5 millimètres environ de diamètre. Des matières fécales s'écoulent par cette ouverture. L'eschare avait la largeur d'une pièce de trois francs.

Quels sont les rapports de la hernie, ainsi réduite en masse, avec les ouvertures?

Le sac herniaire ainsi réduit peut se présenter dans des états différens. Dans quelques cas, le péritoine, décollé de la paroi abdominale, permet au sac de se placer dans le tissu sous-jacent, entre lui et les couches aponévrotiques, disposition qui a été signalée surtout dans des cas d'éven-

tration, où l'intestin ainsi placé restait étranglé à travers l'ouverture péritonéale. Dans ce cas, la réduction est complète; on ne sent plus de tumeur à l'extérieur, et, malgré la persistance des symptômes, le chirurgien s'abandonne à une sécurité trompeuse. En outre, le sac est placé de telle manière, qu'il ne pourra se présenter que difficilement aux anneaux; il est impossible, dès-lors, de faire ressortir la hernie. La pièce que j'ai fait représenter planche V, appartient à cette première variété.

D'autres fois, la réduction en masse n'est qu'incomplète, et la tumeur peut se reproduire sous l'influence des moindres efforts. Tel était le cas dont j'ai déjà parlé, et que j'ai observé dans le service de M. le professeur Blandin, et même celui de M. Aug. Bérard, quoique, dans ce dernier cas, la reproduction de la hernie soit devenue impossible dans une période plus avancée. Souvent aussi la tumeur ne peut pas se reproduire, parce que l'anneau n'est pas suffisamment dilaté pour lui donner passage. Lorsque le sac réduit en masse reste à l'ouverture interne, le chirurgien peut le sentir; ce cas est moins grave que lorsque la tumeur n'est plus accessible, en ce qu'alors on croit les organes réduits. Enfin, lorsque le sac est renversé en dedans comme dans l'observation qui précède, il devient libre, et ne se trouve en rapport qu'avec la masse intestinale, le collet ayant conservé à-peu-près la même position.

§ 1. — *Sacs superposés.*

Scarpa (page 119) a consacré un chapitre à la description *des rétrécissemens qui se forment quelquefois dans le corps du sac herniaire.* Il les a rencontrés trois fois, dont deux sur des hernies de la tunique vaginale, une fois seule-

ment sur la hernie inguinale ordinaire; il a trouvé cette disposition une seule fois sur le cadavre. Voici comment il décrit celle qu'il a pu examiner : « On remarquait, dit-il, à la « partie moyenne du sac, une rainure circulaire profonde, « qui le divisait en deux cavités bien distinctes, situées « l'une au-dessus de l'autre, et séparées par un bord large, « dur, saillant à l'intérieur et qui paraissait formé par un « repli du sac lui-même; la cavité supérieure était plus « large et plus profonde que l'inférieure. » On trouve dans les auteurs, des exemples d'étranglement double et triple du sac herniaire, étranglemens, éloignés du col à des distances très variables; Arnaud, Reiley, Hoin, Sandifort, Mohérenheim, Gaulmin en parlent d'une manière très précise; M. Jules Cloquet en a cité plusieurs exemples; j'en ai moi-même rencontré sur le cadavre; les figures 5 et 6 de la planche III et IV, en représentent deux exemples; on sait que ces deux faits correspondent, le premier (fig. 5), à une hernie inguinale chez une femme, le second (fig. 6), à une hernie crurale chez un homme.

Ce fait du resserrement du sac étant admis, cherchons maintenant à en expliquer le mécanisme. Arnauld pense que la portion du sac qu'on trouve étranglée, correspondait primitivement à l'anneau, et qu'elle s'est éloignée graduellement à mesure que la hernie a augmenté de volume; c'est de cette manière qu'il explique, la formation successive de plusieurs étranglemens, sur le même sac herniaire; Scarpa fait observer qu'Arnaud n'a apporté à l'appui de son explication aucun fait positif et bien convaincant, et il ajoute que si ces resserremens n'avaient lieu que dans les hernies *congéniales*, on en trouverait une explication bien plus satisfaisante, dans les remarques de Camper sur la forme naturelle de la

tunique vaginale. Je ne chercherai pas à apprécier la valeur de cette dernière théorie; Scarpa fait remarquer qu'elle deviendra insuffisante, s'il est prouvé, qu'il peut se former de pareils rétrécissemens dans le corps du sac de la hernie inguinale ordinaire. Je suis étonné qu'au milieu de tant d'incertitudes, Scarpa se prononce d'une manière si tranchée, lorsque deux pages auparavant, il a lui-même cité deux exemples de hernies accidentelles, qui présentaient cette disposition. Je prends donc la question, telle qu'elle a été posée par Scarpa, et je me sers pour la résoudre des faits qui lui appartiennent, et des deux qui me sont propres : le premier a trait à une hernie crurale, par conséquent accidentelle; le second, à une hernie inguinale, mais chez une femme; nous pouvons donc, d'après ces quatre exemples, adopter sans conteste la théorie d'Arnaud, qui, du reste, se trouve justifiée par d'autres faits encore.

Je trouve dans la clinique de Dupuytren (pag. 591, tome III), un passage qui fait ressortir l'importance de cette partie de mon travail. (« Ces rétrécissemens successifs le long du « col du sac herniaire sont plus fréquens qu'on ne l'ima- « gine; ils n'ont pas lieu seulement le long du collet du « sac, il peut en exister, comme cela se voit souvent, sur « toute la longueur d'un sac herniaire qu'ils partagent en « deux ou trois tumeurs séparées par autant de sillons, « de resserremens apparens à la surface de la tumeur, et « sensible à son intérieur, par des brides plus ou moins « exactement circulaires ; là aussi nous avons rencontré « dans plus d'un cas, des étranglemens, étrangers non seu- « lement à l'anneau, mais à l'orifice du collet du sac her- « niaire ». On voit d'après ce passage que Dupuytren regardait cette complication comme assez fréquente, et que

plusieurs fois dans sa pratique, il a eu à débrider des étranglemens ainsi disposés; Scarpa en rapporte aussi un exemple, p. 119, et il est bien démontré aujourd'hui que cette disposition peut exister dans la hernie accidentelle.

Toutes les observations connues jusqu'ici, ont trait à des hernies inguinales; l'exemple de hernie crurale, que je rapporte, est le premier, je crois, qui ait été signalé; cependant j'ai trouvé dans une série d'observations, que je dois à l'obligeance de M. Gosselin, un fait observé dans le service de M. le professeur Blandin, et qui présente avec le mien une grande analogie : il s'agit d'une hernie crurale, dans laquelle, *après avoir pratiqué un large débridement sur le ligament de Gimbernat, le chirurgien ne put réduire, et après avoir examiné avec attention, découvrit à la partie inférieure du sac, une bride valvulaire qu'il lui fallut inciser; dès-lors la réduction fut très facile.* Ces deux faits m'autorisent à émettre la proposition suivante : « Dans la hernie crurale, comme dans la hernie inguinale, un resserrement peut exister dans le sac, et donner lieu à un étranglement; disons, cependant, que cette disposition est plus fréquente dans cette dernière. » La théorie d'Arnaud est donc la seule vraie; nous verrons même plus loin que si la hernie congéniale coïncide avec une hernie accidentelle, c'est encore par le même mécanisme. Quant aux complications et aux difficultés qu'une pareille disposition peut apporter dans la pratique, je renvoie au *Traité des Hernies* d'Arnaud (section première, p. 2), où cet auteur a rapporté un grand nombre d'observations de cette nature. On connaît l'esprit judicieux de cet observateur, surtout pour ce qui a trait aux hernies, et on ne doute pas qu'il n'ait déduit des conséquences pratiques importantes à connaître.

§ 2. — *Double hernie accidentelle du même côté et dans la même gaîne.*

Des exemples de hernies multiples du même côté ont été mentionnés par divers auteurs; Richter ne semble pas en avoir observé; cependant il en admet la possibilité, mais dans ces cas, dit-il, l'une d'elles s'échappe par l'anneau, et l'autre par une éraillure du pilier, ou bien l'une est inguinale et l'autre crurale; Astley Cooper a rapporté des exemples de hernie inguinale et crurale du même côté; je possède une pièce sur laquelle on voit à gauche deux hernies crurales, une en dedans, l'autre en dehors de l'artère épigastrique, et une hernie inguinale ordinaire; mais, les faits dont je veux parler dans ce paragraphe diffèrent essentiellement de ces derniers; il existait dans la science quelques exemples de hernie inguinale double du même côté, entre autres, celui de Mery, dont je parlerai plus loin; on avait fait, pour les expliquer, les raisonnemens les plus inconséquens, lorsque Arnaud crut avoir résolu le problème en disant : que si du temps de Mery on eût connu la hernie de naissance, on aurait compris sans peine cette disposition. Arnaud ne cherche pas à interpréter par quel mécanisme cette double hernie peut se produire, et Scarpa n'en dit pas davantage; il se borne à constater que *la hernie inguinale double est formée par la réunion de la hernie accidentelle avec la hernie congéniale.*

Je conserverai cette proposition de Scarpa, je la développerai dans le paragraphe suivant; mais un fait tout nouveau, qui n'a pas été signalé jusqu'à ce jour, et sur lequel je désire appeler l'attention, c'est la présence de deux hernies inguinales accidentelles, placées l'une à côté de l'autre du même côté et dans la même gaîne.

Ce fait ne sera aujourd'hui contesté par personne, je dirais même qu'on l'observera souvent, si j'en jugeais par moi-même, car je l'ai rencontré quatre fois en deux ans ; l'exemple que j'ai fait représenter à la planche IV a été pris sur le cadavre d'un homme que j'avais observé de son vivant ; les trois autres cas ont été trouvés dans les amphithéâtres, un de ces derniers a été présenté par moi à la Société anatomique.

Ce fait étant admis, cherchons à en expliquer le mécanisme.

J'invoquerai encore ici la théorie d'Arnaud, le refoulement des collets ; si une hernie existe déjà et que le collet s'organise et se resserre, de nouveaux efforts venant agir sur lui peuvent le refouler en bas ; s'il est détaché en totalité de l'anneau, il y aura deux sacs superposés, comme je l'ai indiqué dans le paragraphe précédent ; si, au contraire, il est adhérent par un des points de son pourtour, il restera fixé par cette partie ; mais un nouveau sac ne s'en formera pas moins, non pas au-dessus, mais à côté de lui, comme on le voit à la planche IV. C'est donc toujours par le refoulement des collets déjà organisés que ces diverses complications ont lieu ; le même mécanisme les produit ; elles ne diffèrent entre elles que par le siége de l'ouverture qui fait communiquer le premier sac avec le nouveau.

Pour qu'une pareille disposition ait lieu, il faut que le premier collet soit considérablement rétréci et résistant ; par conséquent, dans les conditions les plus favorables à la production d'un étranglement si des organes le traversent ; l'organe hernié à travers cette ouverture ne sera pas en rapport avec la capacité du sac, mais bien avec le diamètre du collet ; comme celui-ci n'a été refoulé qu'à cause de son étroi-

tesse, il en résultera 1° qu'une petite portion d'intestin viendra s'étrangler, 2° que le sac, après l'étranglement, pourra se remplir de sérosité; par conséquent, la tumeur augmentera de volume : c'est ce que nous allons voir dans une observation rapportée plus loin; 3° que le calibre de l'intestin pourra n'être pas complètement saisi par le collet, et le cours des matières n'être pas interrompu. La circonstance qui peut le plus facilement induire en erreur, c'est la réduction des organes renfermés dans le second sac. Si j'indique cette série de complications, c'est que je les ai constatées sur le vivant, et que l'anatomie les explique parfaitement. Du reste, j'ai cru devoir rapporter avec quelque détail le fait que j'ai observé; on y trouvera des enseignemens qui ne doivent pas être perdus pour la pratique.

Double hernie inguinale du même côté et dans la même gaîne; étranglement d'une portion seulement du calibre de l'intestin par un des collets. Opération; mort. — Le 7 mai 1841, est entré à l'hôpital de la Charité le nommé L..., âgé de quarante-deux ans, porteur d'eau et charbonnier, autrefois scieur de long. Cet homme, d'une taille moyenne, a le système musculaire très développé, mais peu d'embonpoint. Il raconte que, depuis l'âge de vingt-et-un ans, il a vu se former peu-à-peu une tumeur dans la région inguinale droite; elle se produisait sous l'influence des moindres efforts, et rentrait dans le ventre par la pression. Au bout de quelques années, la tumeur avait acquis le volume d'un gros œuf, et le malade, d'après l'avis d'un médecin qui reconnut une hernie, et lui en fit comprendre les dangers, se décida à porter un bandage. La hernie fut assez bien maintenue par ce moyen; elle ne se reproduisait qu'à de longs intervalles, lorsque, au bout de trois ans, son bandage étant usé, le malade négligea

de s'en procurer un nouveau, et n'en continua pas moins de se livrer à ses pénibles travaux.

Au bout de quelque temps, le malade s'est aperçu, que la tumeur se reproduisait à chaque effort un peu violent; mais elle était moins volumineuse qu'auparavant; et comme elle ne déterminait jamais d'accident, le malade a passé près de quatre ans sans reprendre de bandage. Il y a cinq ans, ce malade est venu à Paris exercer sa nouvelle profession; peu de temps après son arrivée, il s'est présenté au bureau central, pour avoir un bandage; mais, soit que celui-ci fût mal confectionné, soit indifférence de la part du malade, il ne le porta pas d'une manière continue; il passait quelquefois, sans l'appliquer, des semaines entières.

Il n'avait jamais éprouvé d'accident sérieux, lorsque le 7 mai, dans la matinée, à la suite d'un violent effort, cet homme ressentit dans la région inguinale une vive douleur qui le força à se mettre au lit; une heure après, il fut pris de vomissemens bilieux, et il eut une garde-robe assez abondante. Le malade fut apporté à l'hôpital; le même jour, je l'examinai à ma visite du soir, sept heures environ après l'accident.

L'état général est très difficile à apprécier, à cause de l'indocilité du malade, qui pleure et s'agite avant qu'on le touche; son pouls est un peu fréquent, sa peau chaude; il a éprouvé des vomissemens bilieux depuis son entrée à l'hôpital, il n'a pas eu de garde-robes, le ventre est souple, mais douloureux à la pression; dans la région inguinale où le malade accuse une vive douleur, on aperçoit une tumeur du volume d'un gros œuf, mais peu tendue, que je reconnais être une hernie inguinale. Je pratique le taxis, et celle-ci rentre facilement, en faisant entendre le bruit de gargouillement, signalé par les auteurs; après la réduction, j'ex-

plore le canal inguinal, et je trouve une petite tumeur du volume d'une noisette, qui fuit dans le ventre à la moindre pression; j'engage le malade à faire un effort, et immédiatement la hernie se reproduit; la réduction est aussi facile que la première fois, mais la petite tumeur persiste. *Je fais appliquer sur le ventre un cataplasme laudanisé.*

Le 8 mai, le malade n'a pas dormi, il a éprouvé pendant la nuit des coliques violentes, il a eu, à plusieurs reprises des vomissemens bilieux, il est allé à la selle quatre fois; l'indocilité du malade, la sensibilité exagérée ne permettent pas de bien apprécier l'état général, l'état local est le même que la veille; la tumeur qui distendait le scrotum est réduite avec facilité, mais celui-ci conserve un volume un peu plus considérable. M. Velpeau croit reconnaître un faisceau épiploïque fixé par des adhérences dans le fond du sac; du côté du canal inguinal, il trouve cette même tumeur, mais qui depuis la veille était devenue douloureuse à la pression. *Quarante sangsues sur le ventre, cataplasme émollient, lavement, diète.*

Le 9 mai, malgré l'application des sangsues, le malade n'a éprouvé aucun soulagement; les vomissemens ont persisté, et dans la soirée, il a rejeté des matières alimentaires; néanmoins il est allé plusieurs fois à la garde-robe; le pouls est dur et fréquent, la peau plus chaude, la face anxieuse; le ventre est un peu ballonné, douloureux à la pression; du côté de la région inguinale on constate les mêmes phénomènes que la veille; la hernie se réduit facilement, mais la petite tumeur persiste; le scrotum conserve après la réduction un volume plus considérable. M. Velpeau soupçonne que ces accidens sont dus à un étranglement, produit par une bride épiploïque; et malgré l'incertitude du

diagnostic, vû la gravité des accidens, l'opération est décidée, et pratiquée à l'instant même.

Toutes les couches sont incisées successivement, parallèlement au cordon testiculaire; le chirurgien arrive ainsi dans une cavité, d'où s'échappe immédiatement une assez grande quantité de sérosité rougeâtre; un faisceau d'épiploon s'étend jusqu'au fond du sac: en portant le doigt du côté du ventre, le chirurgien sent une petite tumeur dure, rénitente; l'incision du sac est prolongée de ce côté; dès-lors il est facile de reconnaître une portion d'intestin étranglé; comme celui-ci paraît sain, le débridement est pratiqué et la réduction s'opère sans aucune difficulté.

Après l'opération, on fait le pansement ordinaire; les vomissemens ont cessé: dès le lendemain, le malade fut pris d'une péritonite sur-aiguë, il succombe au bout de trente-six heures.

Autopsie faite trente heures après la mort.

Ce que nous avions vu pendant l'opération, ne nous expliquait pas les symptômes que nous avions observés précédemment; aussi l'ouverture fut-elle faite avec la plus grande précaution. Une incision cruciale fut pratiquée sur le ventre; les deux lambeaux inférieurs étant ramenés du côté des cuisses, nous permirent d'explorer facilement la cavité abdominale; toute la surface péritonéale présentait les traces d'une péritonite intense; toutefois il n'y avait pas eu d'épanchement de matières fécales, la masse intestinale ne présentait aucune adhérence avec l'ouverture herniaire: un faisceau d'épiploon, mince et allongé, était engagé à travers son collet, et adhérait au fond du sac; le doigt, porté à travers l'ouverture herniaire, pénétra profondément dans le scrotum sans éprouver le moindre resserrement. Je fus tout étonné de ne pouvoir

le faire sortir par la plaie ; dès-lors j'examinai avec soin du côté du ventre, et je vis une ouverture en forme d'entonnoir, commune, à deux sacs herniaires, dont l'un, à orifice très étroit, avait été débridé, dont l'autre, large, permettait facilement l'introduction du doigt ; en continuant ma dissection, je constatai que ces deux sacs herniaires, placés à côté l'un de l'autre, étaient tous deux renfermés dans la gaîne du cordon, et que celui-ci était placé derrière eux; le testicule était à la partie inférieure, avec sa tunique vaginale intacte; la présence de ces deux sacs, dont l'un avait un orifice très étroit et l'autre un orifice très large, nous rendit compte de ce que nous avions observé pendant la vie ; la portion d'intestin qui avait été étranglée appartenait à l'iléon; il n'y avait aucune trace de gangrène; cependant il existait une ligne de démarcation très manifeste, entre les parties étranglées et celles qui ne l'étaient pas ; aussi a-t-il été facile de constater qu'il n'y avait eu d'engagé, que les deux tiers environ du calibre de l'intestin ; par conséquent le cours des matières n'était pas interrompu.

§ 3. — *Hernie congéniale existant en même temps et du même côté qu'une hernie accidentelle.*

Arnaud dit (*Mémoires d'Arnaud*, p. 77), que « la hernie de naissance n'exclut pas « l'existence de la hernie ordi-« naire en même temps et du même côté ; on a trouvé quel-« quefois deux hernies dans une seule tumeur ; j'en ai opéré « une avec succès, j'en ai trouvé dans des cadavres, j'en ai vu « opérer par d'autres. » Scarpa, dans son *Traité des hernies*, p. 79, conclut de tous les faits à lui connus que la hernie inguinale double est formée par la réunion de la hernie inguinale ordinaire avec la hernie congéniale, et renvoie à plu-

sieurs auteurs qui ont rapporté des faits de ce genre, tels que Arnaud, Sandifort, Brugnone, Masselin, Wilmer, et rapporte avec détail l'observation de ce dernier; j'en ai moi-même rencontré un exemple sur le cadavre, je l'ai fait représenter à la planche VII. D'après ce que j'ai à dire plus loin, je puis affirmer maintenant que cette disposition est plus fréquente qu'on ne pense; mais mon but n'est pas ici de recueillir tous les faits de cette nature qui existent dans la science; j'ai cherché plutôt à en étudier le mécanisme dont la connaissance nous permettra de déduire des conséquences importantes pour la pratique.

Dans les paragraphes précédens, j'ai parlé du refoulement du sac et du collet, de la formation d'une nouvelle hernie au-dessus ou à côté d'une première qui existait déjà. Une tunique vaginale dont l'ouverture de communication n'est pas oblitérée présente avec un sac herniaire ordinaire une analogie parfaite; aussi, la pression des organes peut-elle lui faire subir des modifications identiques. Si la tunique vaginale est refoulée directement en bas, un sac herniaire ordinaire se formera au-dessus d'un sac congénial, la communication aura lieu par le collet de celui-ci; mais il peut arriver, pour celle-ci comme pour la hernie accidentelle, que le collet du sac congénial ayant contracté quelques adhérences plus fortes dans un point de sa circonférence, le refoulement ne soit que partiel, et alors, le nouveau sac se trouve placé, non pas au-dessus du premier, mais à côté, comme on levoit à la planche VII. L'ouverture de communication sera plus ou moins haut, suivant le degré de refoulement.

Si maintenant nous considérons ce qui peut se passer avec une pareille disposition, nous aurons, je crois, l'explication

de plusieurs faits, qui jusqu'ici ont été fort mal interprétés; puisqu'il existe deux sacs, il existera aussi deux collets, et l'étranglement pourra avoir lieu au niveau de chacun d'eux; dans les deux cas, il y aura des complications qu'il sera utile de faire connaître.

Si l'étranglement a lieu au niveau du collet inférieur, l'organe hernié aura un volume peu considérable, en rapport avec l'étroitesse de l'ouverture; mais peu de temps après l'étranglement, l'organe hernié sécrétera une grande quantité de sérosité, il se produira ainsi une hydrocèle consécutive et symptomatique qui pourra faire méconnaître la nature et le siége de la maladie. Du côté du sac supérieur, il n'y aura pas constriction à l'orifice péritonéal, par conséquent un certain degré de réduction sera encore possible; si dans l'opération on ouvre celui-ci le premier, l'état des organes contenus, la largeur de l'ouverture supérieure pourront faire passer l'étranglement inaperçu. Un fait qui m'a été communiqué par M. Bérard et que je rapporte plus loin avec détail, nous fournit un exemple de cette série d'accidens.

Lorsque l'étranglement aura lieu au collet supérieur, le sac inférieur sera vide au moment de l'étranglement; mais peu de temps après l'accident la sérosité, sécrétée dans le sac où siége la constriction, pénétrera dans le sac inférieur et produira une hydrocèle plus ou moins volumineuse. Si les organes étranglés se gangrènent, les liquides putrides pénétreront dans la tunique vaginale, quoique aucun organe ne soit renfermé dans sa cavité.

Les complications que je viens de signaler ne sont pas de simples hypothèses; en analysant des faits rapportés par divers auteurs, nous verrons que la disposition anatomique

que j'ai signalée coïncide avec les accidens que j'ai mentionnés. Méry a communiqué à l'Académie des sciences, en 1701, un fait de cette nature, et sans tenir compte de l'explication qui est tout-à-fait inexacte, on peut se convaincre qu'il s'agissait d'une hernie accidentelle, communiquant avec une tunique vaginale ; l'étranglement avait lieu dans le premier sac ; une hydrocèle s'était formée consécutivement dans le second. Voici comment Méry raconte le fait.

« Je coupai seulement les tégumens avec le tranchant « d'un bistouri ; ils ne furent pas plus tôt ouverts, qu'il s'é« coula de la tumeur une matière fluide, noirâtre et fétide, « qui laissa après sa sortie un grand vide dans lequel je vis « le testicule sain et tout à découvert. Ce fait me parut nou« veau, parce que j'avais observé jusque-là, que, malgré la « chute des intestins dans le scrotum, les testicules se trou« vent enveloppés de leurs membranes propres. On pourra « peut-être m'objecter que les membranes étant naturelle« ment unies aux membranes communes des bourses, j'ai pu « couper en même temps les unes et les autres ; mais voici, « ce me semble, une preuve du contraire. Dans les descentes « ordinaires, l'intestin n'entre point dans les membranes « propres du testicule, il se glisse le plus souvent entre elles « et celles du scrotum ; l'intestin s'est trouvé renfermé dans « la même cavité où était le testicule ; je n'ai donc pu couper « les membranes propres, en coupant les membranes com« munes des bourses. Ma surprise fut bien plus grande quand « je vis un intestin aveugle affaissé dans cette tumeur ou« verte, mais sain au lieu d'être gangréné, comme je me l'é« tais imaginé ; il était percé d'un trou, mais si petit, qu'à « peine aurait-il pu admettre une épingle ; il était séparé de-

« puis l'aine jusque dans le fond de la tumeur, des mem-
« branes du scrotum ; mais il était si étroitement uni aux an-
« neaux des muscles du ventre, que désespérant de vaincre
« son adhérence sans le déchirer, je proposai à M. Petit de
« le laisser en sa place et de nous contenter de dilater les
« anneaux, ce qu'il n'approuva pas ; je séparai donc ce pré-
« tendu intestin de ces parties des muscles, et le repoussai
« dans le ventre. En l'y faisant rentrer, je m'aperçus que, dans
« la capacité du ventre, il était encore adhérent au péritoine,
« mais ne jugeant pas que cette union pût être un obstacle à
« l'écoulement des matières vers l'anus, je me contentai de
« panser le malade avec une tente faite de charpie fine, des
« bourdonnets, des plumasseaux et des compresses trempées
« dans l'eau-de-vie, pour résister à la corruption des mem-
« branes des bourses, et j'appliquai sur le ventre un refré-
« nant fait avec l'huile rosat, le jaune et le blanc d'œuf.

« Le 21, je pansai le malade de la même façon ; le 22 et le
« 23, je me servis d'un digestif fait avec la térébenthine, le
« jaune d'œuf, la myrrhe, l'aloës, et l'esprit-de-vin, et j'appli-
« quai sur la plaie, au lieu d'emplâtre, une compresse trem-
« pée dans l'eau-de-vie, afin de ranimer la chaleur naturelle
« qui parut toujours s'éteindre de plus en plus, quoique la
« gangrène n'eût fait aucun progrès depuis le jour de l'opé-
« ration. Pendant ces quatre jours le malade alla à la selle,
« et le vomissement cessa, mais les autres accidens subsis-
« tèrent, il lui survint même le troisième, un délire avec un
« hoquet, qui continuèrent jusqu'à la fin du quatrième, que
« le malade mourut.

« Après la mort, je fis l'ouverture de son cadavre. Le ven-
« tre étant ouvert, j'aperçus d'abord les marques d'une
« grande inflammation aux intestins grêles, celle d'une mor-

« tification entière dans la partie de l'iléon qui s'était engagée dans les anneaux des muscles, et ensuite une rupture « des deux tiers de la circonférence de cet intestin pourri, « qui ne se trouva nullement adhérente à aucune partie. Ces « faits si différens de ceux qui me parurent dans le temps de « l'opération, m'engagèrent à examiner une seconde fois la « partie que M. Petit et moi avions, comme tous les assistans, « prise pour l'intestin, et d'où même sortait encore une ma- « tière semblable à celle qui s'écoula de la tumeur que j'avais « ouverte quatre jours auparavant. Après l'avoir bien consi- « dérée tant du côté de l'aine où j'avais d'abord fait l'inci- « sion, que du côté du ventre du cadavre que je venais d'ou- « vrir, je reconnus enfin que je m'étais trompé et que la par- « tie que j'avais prise pour l'intestin aveugle, n'était que le « péritoine prolongé en forme de cul-de-sac dans le scrotum, « ce qui arrive dans toutes les hernies complètes, lorsqu'elles « se font sans la rupture de cette membrane. (1) »

On trouve dans les Transactions philosophiques de la société royale de Londres, un fait communiqué par Lecat, dans lequel l'intestin était passé du sac herniaire dans la tunique vaginale. La clinique de Dupuytren contient plusieurs exemples de hernies dans lesquelles, dit-on, il y a eu rupture du sac, et passage de l'intestin dans la tunique vaginale. Je suis loin de nier ces faits, mais je récuse l'explication; sans nier la rupture du sac, je refuse de croire à la rupture simultanée du sac herniaire et de la tunique vaginale, cette dernière fût-elle distendue par une hydrocèle; si l'on trouve l'intestin ayant passé du sac herniaire dans la tunique vaginale, c'est qu'il existait, du même côté, une hernie congéni-

(1) *Académie des Sciences*, par M. Mery, p. 375, 1701.

tale et une hernie accidentelle, et dans ces cas l'hydrocèle est presque toujours consécutive, comme on le voit dans le fait de Mery, et dans quelques-uns des faits consignés dans la clinique de Dupuytren.

§ 4. — *Deux sacs herniaires accidentels, dont l'un est placé sur la paroi de l'autre.*

J'ai déjà parlé des sacs superposés, et du mécanisme par lequel cette disposition avait lieu; je n'ai encore signalé que des cas dans lesquels le collet du sac inférieur correspond au fond du sac supérieur; il peut se faire, surtout si celui-ci, acquiert une grande capacité, que le nouveau sac, dépasse en bas le niveau du premier et communique avec lui, non pas par le fond, mais par un des côtés, comme on le voit à la planche VI. J'ai observé trois fois sur le cadavre une disposition semblable. J'ai trouvé une fois, dans un petit sac placé sur la paroi d'un autre, une tumeur calcaire du volume d'une noix, que j'ai présentée à la Société anatomique, et qui m'a paru être une masse épiploïque dégénérée. Enfin je dois à l'obligeance de M. le professeur Bérard la communication d'un cas d'étranglement, par l'ouverture qui faisat communiquer deux sacs ainsi disposés; j'ai cru devoir rapporter l'observation avec quelque détail. On trouvera dans ce fait des enseignemens utiles pour la pratique.

Hernie étranglée. La cause de l'étranglement est au collet situé très bas dans le scrotum. — Un homme âgé de 45 ans entra en 1832 à l'hôpital Saint-Antoine. Il portait depuis long-temps une hernie dans la région inguinale droite. Le volume de la tumeur était comparé par le malade à celui d'un œuf. Point de renseignement sur son mode de formation, son poids, sa transparence ou son opacité.

A l'entrée du malade à l'hôpital, on constate une tumeur occupant la moitié droite du scrotum ; elle égale en volume la moitié d'un cœur de bœuf ; elle en a la forme ; elle est dure, non transparente ; point de fluctuation ; une légère rougeur siége sur le scrotum ; la pression y détermine de la douleur, et la plus minutieuse investigation ne peut y faire découvrir le testicule ; au-dessus de cette tumeur, on pince le cordon ; cependant il y a de la tuméfaction au niveau du canal inguinal. On introduit un, deux, trois doigts dans l'anneau qui est très dilaté ; enfin quelques vomissemens ont lieu, mais ils sont très rares ; quelques hoquets ; point de selles ; on ne détermine point de douleurs par la pression au niveau de l'anneau inguinal interne ; le palper de l'abdomen est indolent. Un bain est ordonné ; on donne dans la soirée 32 grammes d'huile de ricin.

Le lendemain, point d'amélioration, pas de selles. L'opération est pratiquée : incision sur la partie supérieure de la tumeur ; elle est aussitôt prolongée en haut sur le trajet du cordon. On ne découvre autre chose dans cette incision, que de la sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire du cordon ; mais on continue d'inciser profondément avec les précautions exigées. Un sac herniaire est enfin ouvert, et l'on découvre une anse intestinale rouge, mais flasque ; point de rénitence, point d'inflammation. Le doigt est librement introduit dans le ventre par en haut ; cet intestin est partout libre supérieurement ; on cherche à le réduire, ce qui fait bientôt apercevoir, qu'il adhérait par en bas à la partie inférieure et postérieure du sac. Un examen minutieux apprend qu'une partie de l'intestin passe au travers d'une ouverture étroite, pour s'introduire dans une tumeur grosse et rénitente, que l'on soupçonne être la tunique vaginale. Une sonde est intro-

duite par cette ouverture, et l'on soulève cette cloison qui est très épaisse. Une incision est pratiquée sur la sonde, et il sort une quantité considérable d'un liquide un peu trouble et fétide. L'étranglement est levé, l'anse intestinale est retirée de la cavité où elle était plongée; elle présente une petite plaque grise, frappée de gangrène. On ne réduit pas, mais on incise la partie mortifiée; issue abondante de matières, introduction d'une sonde dans le bout supérieur.

Le lendemain une nouvelle plaque gangréneuse s'est déchirée spontanément; les matières stercorales sortent avec facilité, les jours suivans à l'aide d'une sonde de gomme élastique, œsophagienne, dirigée dans le bout supérieur.

Pendant près d'un mois tout allait au mieux, une partie de l'intestin se réduisait insensiblement, mais une inflammation des bronches, suivie de gangrène du poumon, enleva le malade.

Autopsie.

L'autopsie révéla qu'une grande partie de l'intestin qui avait été hernié, était dans le ventre sans adhérence; seulement la surface présentait des fausses membranes; l'intestin grêle était très rouge, et très dilaté, au-dessus de la fistule stercorale, cependant point de traces de péritonite; le testicule et la tunique vaginale étaient sains; celle-ci ne présentait point d'ouverture ni d'éraillure, aucune lésion : c'était donc un collet situé très bas dans le scrotum qui était cause de l'étranglement.

On voit, d'après l'observation précédente, qu'une pareille disposition peut faire naître des difficultés difficiles à surmonter pour un chirurgien inexpérimenté, si, comme dans le fait de M. Bérard, l'étranglement a lieu par l'ouverture qui fait communiquer les deux sacs, la réductibilité presque

complète de la tumeur peut inspirer au chirurgien une sécurité trompeuse et lui faire méconnaître la maladie, surtout si la hernie n'était pas complétement réductible avant l'apparition des accidens. Quand, après avoir pris le parti d'opérer, on arrive dans un sac herniaire dont l'ouverture supérieure ne produit pas de constriction, sur des organes, qui eux-mêmes ne sont pas étranglés, si on ne met pas la plus scrupuleuse attention à examiner toute la surface du sac, l'étranglement peut passer inaperçu. Enfin, si c'est le collet du sac supérieur qui est le siége de la constriction, le sac latéral, vide d'intestin, se remplira de sérosité, et suivant son volume masquera plus ou moins la hernie placée derrière, comme on le voit dans le fait de Mery ; si on avait affaire à une tumeur ainsi disposée, il faudrait prendre garde de s'en laisser imposer, soit par la présence du liquide, soit par l'ouverture du kyste.

§ 5. — *Deux sacs herniaires, dont l'un est oblitéré.*

Il peut exister dans la même hernie deux sacs herniaires dont l'un est oblitéré; la figure 12 de la planche VIII nous en fournit un bel exemple, et dans ce cas il n'est pas possible de douter que le kyste oblitéré ait été primitivement un sac herniaire, puisqu'il renferme encore une certaine quantité d'épiploon. M. Pigné, dans le mois de mai 1839, a présenté à la Société anatomique un fait à-peu-près semblable ; il avait trouvé, dans le scrotum d'un homme qui portait une hernie volumineuse, une tumeur placée sur la paroi du sac, celle-ci étant divisée fut trouvée remplie d'épiploon ; il n'était donc pas douteux qu'il avait communiqué avec le péritoine ; j'ai rencontré sur le cadavre trois cas analogues. Le fait étant admis, cherchons maintenant à en apprécier le mécanisme.

J'ai déjà parlé longuement du refoulement du collet par un nouveau sac herniaire ; la même explication s'applique à cette nouvelle variété, mais, dans cette dernière, le sac que nous trouvons fermé de toutes parts peut avoir été refoulé lorsque l'ouverture était déjà effacée, ou bien lorsqu'un simple resserrement avait lieu, et alors l'oblitération est consécutive au refoulement ; c'est, du reste, une question qu'il n'est pas très important de décider. Quoi qu'il en soit, cette disposition est une de celles qui peuvent produire les accidens les moins graves ; elle ne joue aucun rôle dans les étranglemens, et si je l'ai signalée, c'est que je crois qu'elle est plus fréquente qu'on ne l'a dit jusqu'ici. Si le sac est vide, il peut devenir le siége d'une hydrocèle ; s'il renferme de l'épiploon, il peut être le siége de dégénérescences diverses, et un chirurgien qui ne serait pas prévenu de ces faits pourrait éprouver de grandes difficultés, soit pour le diagnostic, soit pour l'opération de certaines tumeurs.

Toutes les dispositions que je viens de faire connaître sont la conséquence du refoulement du collet du sac, le même mécanisme les produit ; sous le point de vue anatomique, elles ne diffèrent entre elles que par la hauteur à laquelle se trouve l'ouverture de communication ; si je les ai décrites séparément, c'est à cause de la différence des accidens qui peuvent en résulter.

Explication des planches.

PLANCHE I. — La planche première représente le collet du sac dans ses trois périodes.

FIG. 1. Collet d'une hernie obturatrice récente. A, entrée du sac herniaire. B, B, B, plis rayonnés, convergeant vers le pourtour de l'ouverture.

FIG. 2. Collet d'une hernie ovalaire, organisé et résistant. Les plis sont efficacés. A, ouverture du sac. B, B, bords indurés de l'ouverture.

Fig. 3. Collet d'une hernie inguinale, vu par sa face externe; toutes les couches sont enlevées, moins le péritoine et le tissu sous-péritonéal. A, vaisseaux épigastrique. B, portion la plus rétrécie du sac. C, C, vascularisation convergeant vers le collet. D, vaisseaux s'irradiant sur la partie supérieure du sac.

Planche II. — Fig. 4. Entrée d'un sac de hernie inguinale oblique, vue du côté du ventre. A, entrée du sac. B, bord falciforme. C, vaisseaux épigastriques. D, D, fosse iliaque. E, E, vessie, ouraque.

Fig. 5. Deux sacs superposés dans une hernie crurale chez l'homme. A, A, les deux sacs herniaires. B, le collet qui les sépare. C, le collet du sac supérieur. D, la veine saphène. E, paroi antérieure de l'entonnoir crural. F, F, ligament de Fallope.

Planche III. — Fig. 6. Deux sacs superposés dans une hernie inguinale chez la femme. A, A, les deux sacs herniaires ouverts. B, le collet qui les sépare. C, collet du sac supérieur à l'anneau inguinal. D, D, aponévrose du grand oblique.

Planche IV. — Fig. 7. Deux sacs accidentels placés l'un à côté de l'autre dans une hernie inguinale oblique. A, A, coupe de la peau divisée. B, aponévrose du grand oblique. C, petit oblique et transverse. D, D, *fascia transversalis*, gaîne commune au cordon et aux sacs herniaires. E, E, les deux sacs herniaires. F, collet rétréci du premier sac. G, collet du second sac. H, testicule dans la tunique vaginale ouverte.

Planche V. — Fig. 8. Hernie crurale réduite en masse dans le ventre. A, A, péritoine pariétal divisé et écarté par deux érignes. B, fosse iliaque. C, C, vessie, ouraque. D, artère ombilicale. E, sac herniaire placé sous le péritoine. F, collet du sac qui étrangle. G, anse intestinale étranglée.

Fig. 9. Sac herniaire renversé dans le ventre. A, A, fosse iliaque. B, B, parois abdominales. C, C, vessie, ouraque. D, artère ombilicale. E, surface séreuse du sac renversé.

Planche VI. — Fig. 10. Deux sacs accidentels, dans une hernie inguinale, placés l'un sur la paroi de l'autre. A, A, coupe de la peau. B, aponévrose du grand oblique. C, petit oblique et transverse. D, D, *fascia transversalis*. E, petit sac herniaire renfermant de l'épiploon. F, sac supérieur. G, ouverture qui les sépare. H, testicule dans la tunique vaginale ouverte.

Planche VII. — Fig. 11. Hernie congéniale existant du même côté et dans la même gaîne qu'une hernie accidentelle. A, coupe de la peau. B, aponévrose du grand oblique. C, C, petit oblique et transverse. D, *fascia trans-*

versalis. E, sac de la hernie congéniale avec le testicule. F, sac accidentel. G, collet de la tunique vaginale qui fait communiquer les deux sacs.

PLANCHE VIII. — FIG. 12. Deux sacs accidentels, dont l'un est oblitéré. A, A, coupe de la peau. B, aponévrose du grand oblique, petit oblique et transverse écartés par des érignes. C, *fascia transversalis*. D, testicule dans la tunique vaginale. E, sac herniaire renfermant de l'épiploon, oblitéré. F, sac supérieur.

VARIÉTÉS.

MORT DU PRINCE ROYAL.

La presse médicale ne peut manquer de retentir de l'affreux malheur qui vient de frapper le Roi, la Famille Royale et la France, malheur si affreux, en effet, qu'il est supérieur à tout autre qui eût pu nous atteindre. Pour le moment, il n'y a pas de considérations scientifiques qui puissent se faire jour à travers la douleur qui nous accable. Il y a quelque temps, Mgr. le duc d'Orléans, montrant le Val-de-Grâce à un prince étranger, disait, en lui présentant le personnel de cet établissement : « Les officiers de santé militaires français se sont toujours montrés hommes de science et braves soldats. » C'est avec de tels mots, et grâce aux plus heureuses qualités, que le prince était devenu l'idole de l'armée. L'art a fait tout ce qu'il pouvait faire ; mais il devait être impuissant. Il y a quelque temps, M. Pasquier sauva un homme tombé du toit des Invalides ; aujourd'hui, malgré son dévoûment et sa science, il ne peut sauver le futur Roi de France, tombé de sa hauteur. Quelle terrible angoisse il a dû éprouver en voyant cette désespérante impuissance de l'art !

M. de C.

Concours pour la chaire de clinique chirurgicale. — Nomination de M. Bérard.

Le désir de ne pas diviser le travail de M. Demeaux nous a fait ajouter une feuille à notre numéro, et malgré cela, il ne nous reste que bien peu de place pour parler du concours. Aussi bien le résultat est connu de tous les chirurgiens. Le résultat principal, la nomination de M. Bérard, était prévu et d'avance sanctionné par le public. La faculté compte un excellent professeur de plus. Les personnes qui ont suivi le concours pouvaient s'attendre aussi à un résultat secondaire, mais important pour l'avenir ; nous voulons parler de la distinction dont notre collaborateur, M. Vidal, a été l'objet, en obtenant le plus de voix après M. Bérard. C'est un résultat dont les *Annales* ont le droit de s'enorgueillir, et un fait qui ne sera pas oublié. MM. Laugier et Robert ont obtenu chacun une voix.

MARCHAL (DE CALVI), *Rédacteur-gérant.*

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

DU CANCER DU RECTUM ET DES OPÉRATIONS QU'IL PEUT RÉCLAMER.

Par M. A. VIDAL (DE CASSIS).

(*Suite et fin.*)

CHAPITRE II.

MÉDECINE OPÉRATOIRE DU CANCER DU RECTUM.

Je n'ai pas à m'occuper de savoir s'il existe des moyens propres à combattre le vice cancéreux. Je laisserai également de côté les questions purement hygiéniques, et quant au régime, j'ai une seule chose à en dire, c'est qu'il doit être spécialement fondé sur le principal accident du cancer rectal, la rétention des matières.

Les divers moyens dont j'ai à parler peuvent être distingués en deux classes : les uns sont dirigés sur le cancer lui-même, les autres ont surtout pour objet le traitement de la rétention des matières quand les premiers n'ont pu y parvenir.

ARTICLE 1er. — *Moyens dirigés contre le cancer.*

Les moyens de cette catégorie sont : la dilatation, l'inci-

sion, la cautérisation, l'écrasement, l'arrachement, la ligature, l'excision et l'extirpation.

§ 1. Dilatation.

M. Costallat nous renvoie à un rapport de Thouret et de Vicq d'Azyr, sur un instrument d'Ancelin, composé de plusieurs lames métalliques susceptibles de s'écarter, et destiné à combattre les rétrécissemens du rectum. « On doit, dit M. Jobert, au sujet de cet instrument, rejeter tous ces dilatateurs à trois branches.... L'observation, l'expérience se sont prononcées contre ces mécaniques de tout genre qui sont mortes presque aussitôt qu'elles sont nées. » (1)

M. Costallat mentionne aussi un anneau métallique, creusé en gorge extérieurement, lequel devrait être laissé à demeure comme un pessaire.

Desault dilatait avec des mèches ou tentes, et c'est le procédé qui a été le plus employé depuis ce chirurgien. Les mèches sont proportionnées au diamètre du rétrécissement. On les grossit insensiblement. Lorsqu'elles ont acquis un certain diamètre, comme elles feraient souffrir par la dilatation forcée du sphincter, on leur donne la forme d'un cône renversé. Il faut avoir bien soin de traverser leur partie supérieure à l'aide d'un double fil très solide, dont on laisse pendre les bouts hors de l'anus. Cette précaution est indispensable. On a vu des mèches disparaître dans le rectum et exiger pour leur extraction des recherches et des manœuvres douloureuses. Dans un cas surtout, la mèche était rebroussée, et on ne put l'avoir qu'avec beaucoup de peine. Elle produisit, quand on la tira, le bruit qui se fait entendre quand on débouche une bouteille.

(1) *Maladies chirurg. du canal intestinal*, t. 1, p. 267.

Les mèches ont l'avantage de pouvoir être convenablement enduites de corps gras médicamenteux, ce qui, comme le dit M. Bérard, est surtout à considérer lorsque la cause du rétrécissement est spécifique.

La compression de dehors en dedans a été ajoutée à la dilatation. Desault en a agi ainsi dans plusieurs cas où des végétations considérables existaient à la marge de l'anus. En même temps qu'une mèche était introduite dans le rectum, un appareil formé de compresses épaisses était maintenu à l'aide d'un bandage approprié sur l'ouverture anale. Ces cas de Desault étaient des exemples de *squirrhosités* syphilitiques, dans lesquelles on ne peut pas dire exactement s'il existait quelque chose de réellement cancéreux.

J'emprunterai à M. Velpeau la description abrégée de l'appareil dilatant de M. Bermond : « Cet appareil se compose de deux canules longues d'environ six pouces, l'une interne, lisse, terminée en cul-de-sac supérieurement; l'autre externe, ouverte aux deux extrémités, et creusée en dehors, d'espace en espace, de rainures circulaires pour y fixer une chemise. On les porte engaînées dans l'organe. Avec de longues pinces on glisse de la charpie entre elles et leur enveloppe de linge, de manière à refouler celle-ci en bourrelet annulaire jusqu'au niveau de leur sommet, de manière aussi à comprimer plus fort dans telle direction, moins dans telle autre, suivant qu'on le trouve convenable. On fixe le tout à l'extérieur. Quand le malade a besoin de rendre ses garde-robes, on retire la canule interne, sans déranger l'autre qui peut avoir jusqu'à six lignes de diamètre. Le cul-de-lampe formé par la chemise supérieurement y ramène presque nécessairement les matières, qu'on rend plus fluides, et qu'on délaye, s'il le faut, à l'aide d'injections ou de lavemens. On

remet ensuite la canule centrale qui s'engrène par un éperon latéral dans une échancrure que porte la canule engaînante près de son extrémité libre. » Que ce mode de dilatation soit ingénieux, je l'admettrais, mais ce n'est pas ce qu'il s'agit de savoir. Il y a beaucoup d'instrumens ingénieux qui n'ont aucune valeur d'application. L'appareil de M. Bermond n'en est pas là, et il pourrait servir comme moyen de tamponnement. En tant que dilatateur, quels seraient ses avantages par rapport aux mèches? Il n'en aurait qu'un, celui de permettre la permanence de la compression : avantage illusoire, car les malades ne peuvent guère supporter la compression au-delà de quelques heures, surtout dans les commencemens, et on est obligé de retirer la mèche, autant parce qu'elle cause de la douleur que pour permettre l'évacuation alvine. Si cet avantage est illusoire, restent, contre l'appareil de M. Bermond, comparativement aux mèches, sa complication, et sa résistance qui sera on ne peut plus désavantageuse quand le rétrécissement aura changé la direction du rectum. Voyez ce que j'ai dit sur ce point à l'article *Anatomie pathologique*.

L'appareil de M. Costallat est plus compliqué encore. Il serait trop long de le décrire en détail, il faudrait d'ailleurs une planche pour le faire bien comprendre. « C'est également une chemise, dit M. Velpeau, mais en forme de coudom, qu'un long stylet boutonné précède et qu'une sonde en gomme élastique conduit, puis qu'on transforme en mèche au moyen de fils de coton qu'un stylet fourchu glisse à son intérieur. » L'avantage de cet appareil consisterait en ce qu'il pourrait atteindre le mal très haut puisqu'il serait *susceptible d'être porté à plus d'un pied de profondeur*. Mais cet avantage serait en même temps un inconvénient. Dans une

observation de M. Costallat, on voit ce chirurgien, averti par un premier malheur, éprouver les plus vives inquiétudes jusqu'au lendemain, toutes les fois qu'il avait introduit son appareil. Je ne veux pas contester les avantages que son auteur en a retirés. M. Costallat a réussi, dans plusieurs cas, à dilater le rectum et à prévenir les effets funestes de la rétention des matières fécales. Une fois même, d'autres chirurgiens avaient inefficacement tenté de soulager une malade que M. Costallat traita avec avantage par sa méthode. M. Velpeau exprime le désir que l'appareil dont je viens de parler soit simplifié et mis de cette manière à la portée de tout le monde.

Je passe sous silence les petits sacs de toile introduits vides dans le rectum, et remplis ensuite de charpie, ainsi que sur les vessies distendues par un fluide quelconque, etc., et je me demande quelle peut être l'efficacité de la dilatation dans les cas particuliers qui font le sujet de cette thèse. « Toutes les indurations, suites de phlegmasies chroniques, qui n'occupent que la membrane muqueuse ou le tissu cellulaire sous-jacent, dit M. Velpeau, *certaines dégénérescences lardacées même* en permettent l'essai. La dilatation agit ici comme la compression dans les engorgemens externes et par le même mécanisme. » J'admettrai que la dilatation peut être efficace contre les indurations simples du rectum, et faire rentrer dans la circulation, comme le dit M. Velpeau, les substances qui les constituent; mais je ne l'admettrais pas aussi facilement s'il s'agissait de *dégénérescences lardacées*, alors même que ce seraient *certaines* dégénérescences. Il y aurait pour moi trop lieu de craindre que ces dégénérescences ne fussent squirrheuses. Or, le squirrhe on ne le fond pas; en le comprimant, on peut bien modifier les

parties qui l'environnent, qui le recouvrent ; mais jamais le squirrhe ni un autre cancer ne peut être réellement et avantageusement modifié par la compression.

M. Bérard se montre grand partisan de la dilatation, à laquelle il a dû quelques résultats favorables, et, en effet, si on veut considérer la dilatation comme moyen palliatif, il n'y a guère d'inconvéniens à lui reprocher, surtout si on l'applique quand la dégénérescence cancéreuse n'existe pas encore. La difficulté de l'introduction et la douleur que la dilatation détermine sont des inconvéniens sans doute, mais on ne peut pas espérer de se frayer un passage au sein de parties dégénérées et coarctées sans éprouver d'obstacle et sans occasionner de douleur. Un inconvénient de la plus haute gravité serait le danger de perforer l'intestin et de déterminer une péritonite rapidement mortelle, comme cela arriva dans un cas de M. Costallat. Mais, sans prétendre qu'une telle catastrophe soit impossible, il y a à penser qu'en agissant chirurgicalement, on l'évitera.

Dans le cas de Broussais, les mèches produisirent un soulagement, au point que le malade se flattait de guérir par ce moyen ; mais on ne tarda pas à reconnaître leur insuffisance.

Ainsi, à la rigueur, la dilatation peut être employée lorsque le rectum est occupé par des productions cancéreuses, mais je restreins ses effets au maintien nécessaire d'un plus libre passage aux matières et aux gaz retenus. La dilatation rentrerait donc dans la classe des palliatifs.

§ 2. Incision.

« L'incision des coarctations du rectum a été mise en pratique soit comme moyen accessoire, soit comme re-

mède principal. Witeman y eut recours trois fois sur le même malade. Ford eut le bonheur de voir le sien guérir sans récidive. Il en est de même de M. Copeland, qui eut à exciser, en outre, diverses tumeurs de l'intestin. » (Velpeau). Les exemples de Ford et de M. Copeland n'étaient probablement pas des cas d'affection cancéreuse. On dit que, s'il existait un squirrhe du rectum fermant en grande partie la lumière de l'intestin, l'incision peut devenir nécessaire, afin de rendre la dilatation possible. M. Costallat se prononce contre l'incision; il l'accuse de rendre l'introduction et la présence de la mèche plus douloureuses; il pense que les bords ne tardent pas à se réunir; en quoi il est contredit par M. Bérard, qui voudrait, de plus, que l'on pût exciser les bords de l'incision. Je dois faire remarquer que M. Bérard limite l'emploi de l'incision aux cas de brides peu épaisses, excluant par là implicitement ce moyen de la thérapeutique des cancers. C'est notre opinion. Il va sans dire qu'il ne faudrait, dans aucun cas, introduire l'instrument tranchant à une hauteur à laquelle le doigt ne pourrait le précéder, et que l'on devrait, conformément au précepte établi, éviter de le faire agir en avant, de peur d'intéresser la vessie, les vésicules séminales et la prostate chez l'homme, le vagin chez la femme. Le débridement multiple aurait ici une application avantageuse.

§ 3. Cautérisation.

Elle a été, au rapport de M. Costallat, employée par Everard Home dans un cas qui doit inspirer des doutes, car il aurait suffi d'une application de nitrate d'argent pour faire disparaître un rétrécissement. « Tout récemment, dit M. Costallat, dont la brochure fut publiée en

1834, M. Sanson vient d'employer la cautérisation dans trois cas qui prouvent que, associée à la dilatation, elle peut être très utile. » M. Costallat l'a essayée infructueusement dans un cas. M. Amussat cautérisa Broussais à plusieurs reprises. Un fait *assez concluant* de M. Duplat est encore cité par M. Velpeau. Le porte-caustique de Sanson consistait en un cylindre de six lignes de diamètre, percé latéralement d'une grande ouverture à-peu-près elliptique, dans laquelle, au moyen d'un mécanisme fort simple, un gros crayon de nitrate d'argent venait présenter plus ou moins de surface en hauteur ou en largeur, suivant le besoin. M. Amussat, qui s'était d'abord servi sur Broussais d'un porte-caustique droit comme pour l'urèthre, fut obligé d'en faire confectionner un plus approprié à la circonstance. Il avait déjà, dans des cas analogues, employé un porte-caustique en buis, gros comme le doigt. Celui dont il fit usage en dernier lieu était un porte-caustique d'argent de la grosseur du doigt annulaire, dont la cuvette, longue de deux pouces et large de six lignes, divisée en quatre compartimens, deux supérieurs et deux inférieurs, pour mieux fixer le nitrate d'argent, équivalait à douze cuvettes des porte-caustiques employés pour l'urèthre. M. Amussat jugea à propos de reconnaître la limite supérieure du mal avec la lentille de son mandrin, afin de ne pas cautériser au-dessus des parties altérées. Illusion. La première fois qu'il cautérisa à l'aide de ce porte-caustique, il ne laissa agir que les deux compartimens supérieurs. La douleur n'en fut pas moins très vive. Elle le fut davantage naturellement lorsque toute la cuvette porta. Broussais se mettait dans un bain de siége après chaque cautérisation. Si la vessie est irritée, il faut éviter de porter le caustique sur la paroi antérieure du rectum. Sur un autre

malade, M. Amussat eut l'idée de cautériser avec un for crayon de potasse caustique, qui fut introduit à l'aide d'un petit spéculum à trois valves. Le caustique était enfermé dans un tuyau de plume. Un porte-crayon approprié serait préférable.

Quels effets peut-on attendre de la cautérisation dans les cancers du rectum? Comme moyen définitif, il y a peu d'espoir à y fonder. La cautérisation détruit, mais elle détruit aveuglément. Au surplus, le particulier peut se juger ici par le général, et il faudra simplement se demander quelle est la valeur de la cautérisation dans le traitement des autres cancers. Dans l'espèce, une considération spéciale donne à la cautérisation une valeur qu'elle ne peut avoir dans les cancers des autres parties. Il y a un conduit dont la liberté importe essentiellement à la conservation de la vie; tous les moyens propres à débarrasser ce conduit obstrué auront une importance au moins temporaire, et l'on conçoit que le procédé rapidement destructeur que nous examinons est un de ces moyens. Il ne faut pourant pas se faire illusion : un moment viendra toujours où ce moyen n'aura plus d'efficacité. Qu'arriva-t-il chez Broussais? Le 31 octobre on pratiqua la quatrième cautérisation avec le gros porte-caustique. Les cautérisations précédentes avaient réussi à désobstruer, en partie, le canal, puisque, comme Broussais le consignait dans son journal, on croyait avoir, après la deuxième grande cautérisation, une diminution de moitié dans le volume des tumeurs. Cette fois, dix jours après la cautérisation (le 10 novembre), le petit doigt introduit dans le rectum, était plus serré que lors des précédentes explorations, on avait de la peine à arriver à la limite supérieure du mal, et Broussais mourut dans la nuit du 16.

S'il existait une plaque cancéreuse circonscrite, on ne devrait point songer à la détruire par le caustique ; l'extirpation vaudrait mieux. Mais cette opération même ne devrait être entreprise que si la plaque était peu élevée et qu'après avoir bien reconnu les limites du mal, ce qui est d'une extrême difficulté.

§ 4. Écrasement.

Ce moyen a été employé chez le sujet de la seconde observation du premier mémoire de M. Amussat. Il importe de faire connaître les conditions locales que ce malade présentait. L'affection consistait dans une végétation squirrheuse de la surface interne de l'intestin, à la partie supérieure duquel elle se trouvait. Le doigt indicateur pénétrait assez facilement dans la partie rétrécie, mais ne pouvait atteindre la limite supérieure du mal ; en bas, on sentait un bourrelet proéminent comme un col de matrice cancéreux et largement ouvert. Après avoir dilaté le rétrécissement, on convint de le cautériser. Mais, à un nouvel examen, M. Amussat conçut l'idée d'écraser le bourrelet inférieur, et son opinion fut partagée par divers consultans, au nombre desquels figuraient MM. Breschet et Récamier. Voici comment il fut procédé : Le malade étant placé comme pour l'opération de la taille, M. Amussat introduisit sur l'indicateur une grosse et longue pince à mors dentelés, de la largeur du pouce, à l'aide de laquelle le bourrelet fut écrasé peu-à-peu et circulairement. Plusieurs portions dures offrirent beaucoup de résistance. L'opération fut peu douloureuse, et il n'y eut qu'un très léger écoulement de sang. On injecta à plusieurs reprises de l'eau froide dans le rectum. Le lendemain, il y eut un peu de chaleur et de fièvre, et la base du bourrelet était gonflée.

La séparation des parties écrasées se fit promptement. « Les suites de cette opération furent nulles ou presque nulles, dit M. Amussat, et le résultat fort important, puisqu'on fit tomber par cette simple manœuvre ce qu'on n'aurait pu obtenir que par un bon nombre de cautérisations. » S'il existait une tumeur cancéreuse susceptible d'être écrasée en entier, il vaudrait mieux l'extirper que de l'écraser, à la condition qu'elle fût dans les limites des tumeurs qu'il est permis d'extirper. On ne voit donc pas que l'écrasement puisse être employé autrement que comme moyen accessoire, et on se gardera bien de lui donner une grande valeur en médecine opératoire.

§ 5. Arrachement.

On comprend que quelques cancers tubéreux circonscrits seraient susceptibles d'être arrachés à l'aide du doigt introduit dans le rectum et recourbé en crochet. Mais peut-être une incision préalable serait quelquefois nécessaire pour mettre la tumeur parfaitement en relief, si elle était encore recouverte par la muqueuse. M. Récamier a pratiqué plusieurs fois cet arrachement. Le procédé ne diffère pas de celui que j'ai entendu mentionner par M. Marjolin, dans ses cours, pour des productions polypiformes de la matrice.

§ 6. Ligature.

Il faut distinguer une ligature partielle et une ligature en masse.

A. La *ligature partielle* peut être employée, comme la cautérisation, comme l'écrasement, pour débarrasser l'intestin des fongosités que l'on voit se développer et se reproduire avec tant d'insistance sur les fonds cancéreux. Dans le cas de Broussais, une petite tumeur indurée, de la grosseur d'une forte noisette, sortait par la

partie antérieure de l'anus dans les efforts de défécation, et comprimée par le sphincter, incommodait beaucoup le malade, qui était chaque fois forcé de la faire rentrer. La gêne qu'elle lui causait devint telle que, malgré sa répugnance pour la moindre opération, il se décida à la laisser lier. En pratiquant cette ligature, on aperçut au-dessus de la tumeur une autre éminence, rouge, pyriforme et pédiculée qui, plus tard, dut être liée à son tour, puis écrasée, la ligature ayant cédé à des tractions. On voit, dans l'observation de Broussais, que le moyen dont il s'agit est très douloureux.

B. *Ligature en masse.*--J'appelle ainsi celle dans laquelle on ne se borne plus à entourer d'un fil une simple végétation surgissant d'un fond cancéreux, mais dans laquelle on cherche à emporter la maladie entière.

« Quand la tumeur n'est pas située au-dessus de la portée du doigt, dit M. Pinault, on conseille d'en pratiquer la ligature ou l'incision; on injecte dans le rectum une grande quantité de liquide; on engage le malade à l'expulser avec rapidité; il arrive souvent que la tumeur est entraînée au-dehors par les efforts d'expulsion résultant de la contraction du diaphragme et des muscles de la paroi abdominale. On place alors le malade comme pour l'opération de la fistule à l'anus, et on applique une forte ligature sur la tumeur à l'endroit où elle s'unit à la muqueuse; on fait ensuite, un peu au-dessus, la section du pédicule, dont le reste tombe avec la ligature. » L'auteur de ce passage se prononce contre ce procédé, parce que, dit-il avec raison, le cancer n'est jamais enlevé en totalité. Il cite un cas de récidive qu'il venait d'observer sur une femme opérée en province, et d'autres faits semblables lui ont été communiqués.

Il est à penser que les efforts d'expulsion effectués par le malade ne suffiraient pas, ordinairement, pour faire sortir la tumeur cancéreuse. Il faudrait alors la saisir avec une pince de Museux, si elle était résistante, ou l'emmener au dehors à l'aide du doigt recourbé en crochet.

Lorsque la tumeur est trop élevée pour que le doigt puisse en atteindre la racine, Desault proposait d'en faire la ligature à l'aide de ses instrumens pour la ligature des polypes internes : procédé que n'approuve pas Boyer qui craindrait qu'on n'étreignît, au lieu d'une tumeur cancéreuse, une portion invaginée de l'intestin. Desault n'en cite pas moins un cas dans lequel la tumeur était située à six pouces, et dans lequel il aurait réussi, au prix des plus grandes difficultés, et assurément les difficultés sont ce qu'il y a de plus croyable dans un pareil exemple.

M. Récamier, à l'occasion d'un cancer du vagin, chez une femme qui se refusait absolument à l'emploi de l'instrument tranchant, imagina un procédé de ligature qui n'a pas encore été publié, et que je vais décrire d'après les explications qu'a bien voulu me donner un des élèves de ce praticien, qui va en faire le sujet de sa thèse.

Je supposerai, pour la commodité de la description, une tumeur cancéreuse occupant, sous forme d'anneau, toute la circonférence du rectum, à une telle distance de l'anus, que le doigt puisse dépasser la limite supérieure du mal, condition indispensable de l'application du procédé. Il faut que préalablement le passage ait été élargi, s'il n'était pas susceptible d'être traversé par le doigt. On emploie à cet effet les moyens ordinaires, ou même l'incision de la partie inférieure de l'intestin.

Le malade étant placé convenablement, on commence par

introduire l'indicateur de la main gauche dans le rectum, et on lui fait dépasser la limite supérieure de la tumeur. On glisse ensuite derrière la tumeur une longue aiguille creuse sur sa face concave, dont les deux bords recourbés tendent à se rapprocher. La concavité de cette aiguille est ainsi convertie en une sorte de canal parcouru par un ressort que nous verrons fonctionner tout-à-l'heure, ressort arrondi à sa partie supérieure, qui présente une ouverture dans laquelle on passera le fil. L'aiguille est donc glissée derrière la tumeur entre celle-ci et la portion la plus excentrique des parois intestinales supposées saine, lorsque le doigt a senti la pointe de l'aiguille, et que cette pointe par conséquent a dépassé la tumeur en haut, on pousse le ressort que nous avons vu occuper la concavité de l'aiguille. Mais préalablement, et pour guider l'extrémité de ce ressort, on a introduit à la place du doigt indicateur un gorgeret dans lequel la pointe de l'aiguille est reçue, comme l'extrémité du bistouri dans l'opération de la fistule à l'anus. Le ressort glisse le long de ce gorgeret, et bientôt on le voit sortir par l'anus, présentant son chas. Alors on passe dans celui-ci deux cordonnets de soie très solides, et tels qu'on ne puisse les rompre en tirant fortement sur leurs deux extrémités à-la-fois. Les cordonnets doivent être de couleurs différentes, et, par exemple, un jaune et l'autre vert. Cela fait, on tire sur le bout opposé du ressort, et les deux cordonnets sont ainsi attirés dans le rectum jusqu'à la limite supérieure du mal, où est restée appliquée la pointe de l'aiguille. On a eu soin, bien entendu, de retenir au dehors de l'anus deux des extrémités des cordonnets. Ceux-ci étant ainsi retenus et ne pouvant suivre, on retire l'aiguille, qui entraîne nécessairement et le ressort et les deux autres bouts des cordonnets. On a de cette manière

au-dehors les quatre bouts de ces derniers. On recommence l'opération à une petite distance du premier point, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on ait entouré la tumeur d'un nombre suffisant de points. Il ne reste plus alors qu'à nouer les fils, et voici comment on y procède. Chaque cordonnet d'une couleur est noué très fortement par son bout interne avec le même bout du cordonnet de même couleur qui se trouve à son côté : les deux autres bouts des deux cordonnets sont passés dans un serre-nœud. Il en résulte que, dans le point qui correspond à l'intervalle de ces deux cordonnets, la tumeur est saisie par une anse que la pression du serre-nœud fait agir plus ou moins fortement. Comme il y a un nombre de cordonnets et d'anses proportionné au volume de la tumeur, il s'ensuit que celle-ci est étreinte dans toute son étendue. Sauf le serre-nœud, ce procédé de M. Récamier ne diffère pas de celui qui a été employé par Bell, Warren, etc., pour les tumeurs érectiles à large base. Le serre-nœud de M. Récamier présente quelques dispositions particulières, mais ce n'est point là ce qui caractérise le procédé.

M. Récamier, qui emploie cette ligature pour les cancers de la langue et du vagin, aussi bien que pour ceux du rectum, s'en loue beaucoup. Son plus ancien succès date de 1840.

Les parois de l'intestin peuvent être englobées dans le cancer : quelle serait dans ce cas la conduite de M. Récamier? Se déciderait-il à passer son aiguille en dehors de la paroi rectale? On comprend qu'il est impossible de se prononcer sur la valeur d'une méthode qui n'a pas encore franchi la pratique de son auteur. Je ferai remarquer que son application régulière exige que le cancer soit borné et qu'il ne soit pas élevé, enfin qu'il se trouve dans des conditions qui ne

sont pas ordinaires. Ensuite, on sera porté à penser que plusieurs ligatures faites dans le rectum, doivent donner lieu à une inflammation ou à un gonflement, et quelquefois à des accidens sympathiques. Mais, puisque un homme habile expérimente le moyen, attendons les résultats, tout en faisant nos réserves habituelles.

§ 7. Excision.

J'appelle ici excision l'ablation par l'instrument tranchant, bistouri ou ciseaux, des petites tumeurs ou végétations qui pullulent à la surface cancéreuse, réservant le nom d'extirpation à l'opération dans laquelle il s'agit d'enlever le mal tout entier. Si une hémorrhagie survenait dans un cas où l'on aurait employé l'excision, la cautérisation avec le fer rouge lui serait opposée. Broussais, qui, sauf l'extirpation et l'anus artificiel, épuisa la thérapeutique locale des cancers du rectum (dilatation, cautérisation, écrasement, ligature, excision), dut subir encore l'excision d'une petite végétation pincée par l'anus. De tous ces moyens, combinés comme ils pourraient encore l'être dans un cas semblable, il résulta que l'orifice inférieur du rectum avait été parfaitement débarrassé. Malheureusement l'affection carcinomateuse, qui semblait s'aggraver en proportion, atteignait, dans le même temps, toute la circonférence de l'intestin, et c'est contre elle que la cautérisation devait être impuissante.

On comprend, à la rigueur, que l'excision pourrait servir non plus comme moyen accessoire, mais, à titre de moyen principal, dans un cas où il existerait une de ces tumeurs cancéreuses polypiformes à pédicule étroit qui sont mentionnées par les auteurs, et alors, je crois, elle serait préférable aux moyens déjà indiqués.

l'intestin, la distance varie encore... Voilà un certain nombre de circonstances qui expliquent, avec d'autres que je ne mentionne pas, et outre, comme je l'ai dit, les différences individuelles, le désaccord qui doit exister parmi les auteurs sur la véritable étendue moyenne de l'espace périnéo-péritonéal. Il en résulte que, dans cette question, comme s'il s'agissait de préciser le point du rectum auquel on peut parvenir à l'aide du doigt explorateur, je suis obligé de me tenir dans l'indécision comme anatomiste, et dans une extrême réserve comme opérateur. Toujours est-il que l'évaluation de M. Lisfranc est beaucoup trop favorable à l'opération qu'il voulait préconiser. On voit, dans une observation de M. Costallat, que le péritoine n'était qu'à 16 lignes de la partie antérieure de l'anus. Admettons que ce fût une exception, mais sachons la prendre en considération. Cette question est des plus importantes, des plus pratiques, et une de celles sur lesquelles il importe d'appeler instamment l'attention des anatomistes. Quand on aura trouvé la moyenne, on ne sera pas encore à l'abri, attendu que toute moyenne suppose des extrêmes, et rien ne pouvant vous indiquer dans quel cas elles se rencontrent, vous devez agir comme dans les cas de minimum de l'étendue de l'espace dont il s'agit.

Voici quelques mesures que j'ai prises, aidé par M. Bouchu, interne des hôpitaux. Je les donne, tout en avouant qu'il les faudrait infiniment plus nombreuses.

Jeune homme de vingt ans environ. — En avant, le péritoine se trouve à deux pouces trois quarts de l'anus. Il n'existe pas de méso-rectum. Le bas-fond de la vessie est découvert dans l'étendue de plus d'un pouce au-dessus de la prostate. On peut avec la main décoller le péritoine de la partie antérieure du rectum jusqu'à une hauteur de 4 pouc.

Femme de soixante-dix ans environ. — En avant, le péritoine se trouve à un pouce un quart de l'anus. Le méso-rectum est assez large. La paroi postérieure du vagin est tapissée par le péritoine à partir d'un pouce au-dessous du museau de tanche. Cette séreuse est très adhérente au vagin et à l'utérus, de même qu'au rectum, desquels on la décolle difficilement.

Jeune homme de vingt-six ans. — Le péritoine se trouve à deux pouces un quart de l'anus en avant. Il n'y a pas de méso-rectum. La face postérieure de l'intestin est tout-à-fait dépourvue de péritoine; celui-ci, dans la partie de l'intestin qu'il recouvre, se laisse facilement décoller.

Vieille femme grasse et à demi putréfiée. — Le ventre est aplati et les organes du petit bassin sont refoulés dans son intérieur. Le péritoine, en avant, se trouve à moins d'un pouce de l'anus. En enlevant le rectum, et en mesurant sur la table la portion non recouverte par le péritoine, on lui trouve une étendue de trois pouces.

Vieille femme maigre putréfiée. — Ventre aplati; organes refoulés dans le petit bassin. En avant, le péritoine est à une distance d'un pouce de l'anus. Le méso-rectum est très lâche. Le péritoine est facile à décoller; son cul-de-sac correspond à un pouce du col utérin.

Jeune homme de vingt-sept ans. — Le péritoine est à un pouce trois quarts de l'anus en avant. Il existe au-dessus de la prostate un espace d'un demi-pouce dans lequel la vessie n'est pas recouverte par le péritoine. Celui-ci est facile à détacher de l'intestin.

Homme de quarante-cinq ans. — Le péritoine est à deux pouces et demi de l'anus en avant. Il n'existe pas de méso-rectum. L'intestin n'est pas environné dans toute sa circon-

§ 8. Extirpation.

Il faut distinguer l'extirpation du rectum cancéreux, et l'extirpation des tumeurs cancéreuses du rectum ou de l'anus.

A. *Extirpation du rectum cancéreux.* — Faget, en 1739, pratiqua avec succès l'extirpation d'un pouce et demi de la partie inférieure du rectum, dans un cas où cet intestin avait été dénudé de toutes parts, à la suite de deux vastes abcès qui avaient détruit le tissu cellulaire des deux excavations ischio-rectales. Béclard, au rapport de M. Paris, cité par M. Velpeau, professait, dans ses cours à la Pitié, dès l'année 1822, que l'extirpation des parties altérées était possible dans les indurations squirrheuses de l'extrémité inférieure du rectum. Morgagni, Desault et Boyer, s'étaient prononcés contre l'opération dont il s'agit. Ce fut, comme on le voit dans la thèse de M. Pinault, le 13 février 1826, que M. Lisfranc eut l'idée d'appliquer l'opération mise en pratique par Faget au cancer de l'extrémité inférieure du rectum. La thèse de M. Pinault fut présentée le 10 août 1829. Ce ne fut que plus d'un an après que parut dans la *Gazette médicale*, le mémoire de M. Lisfranc.

M. Lisfranc cherche d'abord à établir anatomiquement la possibilité de l'opération, et pour cela il commence par fixer la distance à laquelle le cul-de-sac péritonéal se trouve de l'anus. « Les recherches nombreuses que j'ai faites à ce sujet, dit-il, m'ont convaincu que le péritoine s'arrêtait à 6 pouces de la terminaison du rectum chez la femme, et à 4 pouces chez l'homme. » Cette distance est, sans contredit, fort exagérée. « Dans l'état normal, dit M. Blandin, le péritoine descend sur le rectum jusque vers un point qui varie, suivant les sexes, jusqu'à 3 pouces de la marge,

de l'anus, terme moyen chez l'homme, jusqu'à un pouce et demi chez la femme. » Ailleurs M. Blandin dit : « Chez le fœtus et chez l'enfant.... les cloisons *recto-vésicale* et *recto-vaginale* n'existent pas. Aussi à cet âge le péritoine peut-il revêtir et revêt-il réellement une beaucoup plus grande étendue de la face antérieure de cet intestin et descend-il beaucoup plus près de l'anus. » (Blandin, *Nouv. élém. d'anatomie, etc.*, t. II, p. 187 et suiv.) Est-ce que cette disposition ne peut pas se maintenir dans l'âge adulte ? On voit quelles énormes différences existent entre l'évaluation de M. Blandin et celle de M. Lisfranc. Elles prouvent combien ce dernier s'en est laissé imposer. Plus on fera de recherches sur le cadavre, plus on se rapprochera de l'opinion de M. Blandin.

La distance du périnée au péritoine sera d'ailleurs pendant long-temps encore un sujet de désaccord pour les anatomistes. La raison en est simple et se trouve dans les différences extrêmement nombreuses qui existent sous ce rapport parmi les sujets. Non-seulement l'intervalle que j'appellerai périnéo-péritonéal varie selon les individus, mais encore chez le même individu il varie selon beaucoup de circonstances faciles à prévoir, et surtout selon la manière dont on procède à la mensuration. Sur un sujet dont le ventre est ouvert et dont je vois le cul-de-sac péritonéal par sa face supérieure, j'introduis une sonde par le rectum, et j'arrive au point de l'intestin qui correspond à la séreuse après un simple trajet de trois centimètres ; je fais une coupe verticale du bassin, et en raison du relâchement des parties produit par la division des tissus, je trouve par la mensuration une augmentation d'un centimètre dans l'intervalle indiqué. Si l'on tire sur l'extrémité inférieure de

férence. Le péritoine descend jusque sur la prostate. On le décolle facilement du rectum dans l'étendue d'un pouce et demi.

Si on additionne ces diverses mesures, on trouve pour la partie antérieure une distance moyenne de moins de deux pouces. Je répète que ces mesures sont trop peu nombreuses; mais telles qu'elles sont, elles feront réfléchir tristement sur les évaluations de M. Lisfranc.

M. Lisfranc n'entre pas dans de grands détails sur les circonstances qui indiquent positivement ou qui contre-indiquent l'opération. Voici tout ce qu'il dit à ce sujet :

« 1° Il faut qu'avec le doigt indicateur on puisse dépasser les limites supérieures du mal qui a résisté à l'usage de tous les moyens ordinaires, et qui menace le malade d'une mort certaine.

« 2° On s'assurera autant que possible de l'épaisseur du cancer autour du rectum; quand le tissu cellulaire qui environne la partie inférieure du canal intestinal est sain, l'intestin est mobile et se laisse abaisser, notre opinion est qu'alors on doit opérer. Lorsqu'au contraire le cancer s'étend beaucoup plus loin, et qu'il remonte d'ailleurs assez haut, je laisse à l'expérience le soin de décider la question. »

Voici, d'un autre côté, comment M. Pinault s'était exprimé sur ce point : « Avant d'entreprendre cette opération, il faut s'assurer, *autant que faire se peut,* de l'étendue en épaisseur qu'a la maladie; car il est certain qu'on éprouverait *les plus grandes difficultés dans son exécution* si le cancer avait envahi non-seulement toutes les tuniques de l'intestin, mais encore le tissu cellulaire situé dans les deux excavations ischio-rectales et les organes voisins, tels que

la totalité de la cloison recto-vaginale chez la femme, ou la prostate et le canal de l'urèthre chez l'homme. »

Que dire d'un pareil défaut de précision dans les termes, et que penser d'une école si peu rigoureuse dans ses indications quand il s'agit de points si importans? Ce n'est pas *autant que faire se peut*, mais absolument qu'il faut apprécier l'épaisseur de la maladie quand il est question de l'attaquer au moyen d'une opération grave. Ensuite, il n'y aurait pas seulement de *grandes difficultés* dans l'opération, il y aurait impossibilité chirurgicale de l'achever, si le cancer avait envahi la cloison recto-vaginale ou la prostate et l'urèthre.

On comprend l'importance de l'anatomie chirurgicale dans la question dont je m'occupe; M. Lisfranc a exposé à cet égard quelques données dans le détail desquels je suis obligé d'entrer. Les voici telles que je les trouve dans son mémoire.

« 1° Chez la femme adulte, le diamètre antéro-postérieur du périnée est d'un pouce; il peut varier et n'offrir que deux ou trois lignes;

« 2° Dans l'un et l'autre sexe, la distance de l'anus à la partie inférieure du coccyx est d'un pouce six lignes; l'intervalle qui existe entre l'orifice inférieur du rectum et la base de cet os est de deux pouces;

« 3° Chez la femme, une incision ovalaire étant pratiquée à trois quarts de pouce environ de l'orifice inférieur du canal intestinal, la dissection étant portée jusqu'à l'intestin sur lequel on exerce de légères tractions, il est possible, comme on peut s'en convaincre sur le cadavre, d'enlever, sans s'exposer à blesser le vagin, deux pouces des faces latérales et postérieure de cet organe; la saillie qu'il forme en avant

n'est que de seize lignes, à cause des adhérences intimes qu'il a, en cet endroit, avec le vagin; ces adhérences formées par des fibres musculaires, par un tissu aponévrotique et par un tissu cellulaire fort dense et très serré, s'étendent du tissu adipeux sous-cutané, à trois lignes environ de profondeur; nous avons dit que plus loin on pourra séparer avec le doigt indicateur le rectum du vagin jusqu'à l'insertion du péritoine.

« 4° Chez l'homme et chez la femme, des tractions étant exercées sur le rectum dont la saillie est déterminée par l'effacement de ses courbures, le péritoine descend à peine d'une ligne; on s'en assure, l'abdomen du cadavre étant ouvert;

« 5° Dans l'homme, après avoir incisé autour du rectum et disséqué jusqu'à cet intestin, on le soumet à de légères tractions, on peut enlever un pouce et demi de toute sa circonférence sans courir le risque de blesser l'urèthre.

« 6° Au-devant de la prostate, ce canal n'est en rapport avec le rectum, auquel il est d'ailleurs uni, ainsi que la vessie, par un tissu cellulaire fin et élastique, que dans l'étendue d'un quart de pouce; quand l'urèthre arrive dans le périnée, il s'éloigne d'autant plus de l'intestin qu'il se porte davantage en avant, et depuis le point où il abandonne l'intestin jusqu'à la peau, il forme avec l'axe du canal intestinal un angle à sinus inférieur d'environ vingt degrés; les tissus renfermés dans cet angle sont trop connus pour que je les indique; je ferai seulement remarquer qu'il est impossible de disséquer avec le doigt jusqu'à ce que le bistouri les ait dépassés.

« 7° Les artères, hémorrhoïdales inférieures, la branche superficielle de la honteuse interne, la transverse du périnée,

les hémorrhoïdales moyennes, et les rameaux de terminaison de l'hémorrhoïdale supérieure, sont les seuls vaisseaux importans qu'on est exposé à léser ; la ligature ou la compression n'en est pas impossible ; on peut répondre de l'hémorrhagie dans l'opération que je vais décrire. »

Il ne faut répondre de rien, et surtout de l'hémorrhagie ; mais j'aurai à revenir sur ce point. Voici, en attendant, des descriptions de procédés, telles que je les trouve dans la thèse de M. Pinault, dont le mémoire de M. Lisfranc n'est qu'un simple résumé.

« 1° Le malade doit être placé sur un lit ou sur une table garnie de matelas. Il est couché sur le côté, les cuisses à demi fléchies ; des aides l'assujettissent dans cette position. L'un d'eux tend les tégumens environnant l'anus ; un autre est chargé de présenter les instrumens à l'opérateur. Le chirurgien tenant de la main droite un bistouri convexe en première position, tendant de la main gauche les tégumens, fait à un pouce environ de l'orifice anal deux incisions semi-lunaires, comprenant la peau et se réunissant en avant et en arrière du rectum. Il peut arriver, comme je l'ai vu sur deux individus, que des végétations ou des ulcérations carcinomateuses existent sur la peau voisine de l'anus, et qu'il soit nécessaire de faire ces deux incisions à une plus grande distance du rectum, pour pouvoir emporter toutes les parties malades. On dissèque ensuite la peau en dirigeant le tranchant du bistouri vers le rectum ; on isole celui-ci de toutes parts. Ces deux incisions ont pour avantage de permettre d'abaisser le rectum et de le faire saillir en bas de plus d'un pouce, lorsqu'on tire sur lui, après avoir introduit dans son intérieur le doigt indicateur. Quand le cancer est superficiel, qu'il est borné à la muqueuse ou qu'il ne s'étend pas au-delà

des tuniques de l'intestin ; quand, en même temps, il ne s'élève pas à plus d'un pouce au-dessus de l'anus, il est facile, en recourbant le doigt indicateur introduit dans le rectum, en retirant en bas, de renverser l'intestin sur lui-même, de manière à mettre toute la maladie à découvert. Il suffit alors de fendre la partie du rectum renversé, et de l'exciser en la contournant avec de forts ciseaux courbes sur le plat. Quand la maladie se présente sous cette forme, l'opération est aussi simple que facile à exécuter. Les fibres du sphincter externe ne sont presque jamais enlevées en totalité, et après la cicatrisation de la plaie, les malades ne sont nullement gênés dans l'acte de la défécation.

« 2° Quand le cancer a envahi la totalité des tuniques de l'intestin et le tissu cellulaire qui l'environne, quand il remonte à la hauteur de deux ou trois pouces, on ne peut plus mettre en usage le procédé opératoire que je viens de décrire. L'opération devient alors plus compliquée : il faut, après avoir fait les deux incisions semi-lunaires et disséqué la partie inférieure du rectum dans toute sa circonférence, pratiquer avec de forts ciseaux droits, dirigés sur le doigt indicateur introduit dans l'intestin, une incision parallèle à son axe. Cette incision doit être faite sur la partie postérieure du rectum, parce que cet endroit est celui où l'on rencontre le moins de vaisseaux et où il y a moins à craindre d'ouvrir le péritoine, ou de blesser quelque organe important. L'incision doit être prolongée jusqu'au-dessus des limites du mal. Elle a pour avantage de permettre de dérouler l'intestin et de laisser voir la maladie dans toute son étendue. Comme il y a toujours dans ces différentes incisions quelques artérioles ouvertes, il faut suspendre l'opération pendant deux ou trois minutes et placer dans la partie inférieure du

tement inclinée en arrière, puis basculée dans le sens contraire. Pour le reste, le pansement ne diffère pas de celui qui vient d'être indiqué. En négligeant la mèche, ajoute le professeur que je viens de citer, on rend le premier pansement plus prompt et plus facile, mais on se crée des difficultés pour l'avenir.

Le malade est mis à une diète absolue. On lui prescrit des boissons émollientes et une potion appropriée. Il est presque toujours nécessaire, dit-on, de pratiquer une saignée du bras, d'une ou deux palettes, et cela lorsque le pouls se relève, cinq à six heures après l'opération. On devra avoir égard aux forces du malade qui pourraient déjà s'être épuisées. Dans ce cas on s'abstiendra d'employer la saignée, au moins comme moyen préventif. Du troisième au quatrième jour la plaie commence à suppurer. Le pus qu'elle fournit est fétide, mêlé de matières stercorales; vers le huitième ou le dixième jour, il devient tellement abondant qu'il est nécessaire de renouveler le pansement trois ou quatre fois par jour. Il se forme quelquefois dans le tissu cellulaire des excavations ischio-rectales, des clapiers qui deviennent la source d'indications spéciales. On a observé que l'on réussissait quelquefois à les vider, en commandant au malade de pousser comme pour aller à la selle.

Quand l'extirpation du rectum a été pratiquée sur une femme, on conseille de sonder pendant les quinze à vingt premiers jours qui suivent l'opération, pour empêcher les urines de couler sur la plaie. Cette précaution semblera peut-être superflue si l'on pense que cette plaie que l'on veut garantir du contact de l'urine sera parcourue par les matières fécales. Elle sera légitimée cependant si, comme on le dit, la contraction du bas-fond de la vessie et des muscles de la paroi abdominale, lors de l'émission naturelle des

est prudent de tamponner. Il le faudrait encore si l'on ne pouvait réussir à découvrir et à lier une artère blessée. Puisque l'éponge imbibée d'eau froide réussit si bien à M. Lisfranc, ne serait-ce point ici l'occasion de l'employer? L'irrigation continue, appliquée avec succès par M. Bégin (1) aux hémorrhagies résultant de l'opération de la taille, pourrait, je pense, être d'un effet avantageux dans les cas dont je parle. Il vaudrait mieux encore cautériser avec le fer chauffé à blanc.

2° *Phénomènes nerveux.*—« Les malades éprouvent presque toujours des coliques passagères, plus ou moins violentes, des borborygmes, des envies fréquentes et inutiles d'aller à la selle, des hoquets, des nausées, des vomissemens; à ces symptômes se joignent souvent des douleurs vives de vessie, accompagnées d'envies presque continuelles d'uriner. » (Pinault.) Ces phénomènes peuvent en imposer pour les symptômes d'une péritonite, mais on les distinguera en ce qu'ils se manifestent presque immédiatement après l'opération, et avant que des accidens inflammatoires aient eu le temps de se développer. En outre, le ventre n'est ni ballonné ni douloureux à la pression comme dans la plupart des cas de péritonite. On a observé une fois un frisson général qui s'empara du malade aussitôt après l'opération, et dura une demi-heure.

3° *Inflammation et suppuration du tissu cellulaire du bassin.* — Deux femmes du service de M. Lisfranc ont succombé à cet accident. L'une d'elles seule a été ouverte. On dit que l'aponévrose moyenne du périnée avait été divisée à son insertion au coccyx. Chez les deux, on avait fendu le

(1) *Bulletin de l'Acad. royale de Médecine*, t. VII, pag. 507.

rectum, sur sa paroi postérieure, dans l'étendue de trois pouces et demi, circonstance bien importante à noter. L'aponévrose périnéale moyenne serait-elle donc, comme on l'a dit, une barrière salutaire, capable de s'opposer à la propagation de l'inflammation au tissu cellulaire du bassin ? Cette inflammation dans le cas précité, s'était étendue le long de la colonne vertébrale, jusqu'au-dessous des reins.

4° *Péritonite.* — Plus on s'élève vers la partie supérieure du rectum, plus on court le risque de donner lieu à une péritonite. Elle sera plus ou moins promptement mortelle selon qu'on aura ou non lésé, ouvert le péritoine. Si le péritoine n'a pas été ouvert, il peut s'enflammer comme il s'enflamme quelquefois à la suite des tailles périnéales, quand les débridemens du col de la vessie sont trop étendus. Une grande erreur, surtout soutenue dans ces derniers temps, c'est de croire éviter la péritonite quand on n'a pas divisé le péritoine. Mais s'il est vrai que cette séreuse s'enflamme nécessairement quand on touche à sa surface interne, il n'est pas moins vrai que, si on irrite sa face adhérente on s'expose à une inflammation non moins vive que la première.

Il est vrai que la mort n'est pas aussi prompte qu'après la division du péritoine. Cette division est un malheur qui a dû arriver plus d'une fois à ceux qui ont su si mal mesurer l'espace périnéo-péritonéal, et qui ajoutent à ce manque de connaissances anatomiques une trop grande hardiesse chirurgicale.

Voici deux faits que je dépose dans la conscience des hommes de bien : Un chirurgien célèbre voyageait : en passant par une grande ville de France, il extirpa un rectum cancéreux, le jour de son départ. Il n'avait pas encore le

urines, a pour effet de produire des douleurs très vives dans la plaie.

Du vingtième au trentième jour, la sécrétion du pus diminue, la plaie est moins douloureuse, elle se couvre de boutons charnus de bonne nature; la peau se rapproche de l'intestin, et la cicatrice se fait d'abord avec une extrême rapidité, tellement que la solution de continuité diminue quelquefois de plus de moitié dans l'espace d'une semaine. Lorsque les tégumens ne peuvent plus fournir à la cicatrice, celle-ci se fait beaucoup plus lentement. On verrait alors, d'après ce qu'on rapporte, une pellicule naître de la peau, une autre de l'intestin, et les deux pellicules se rencontrer vers le milieu de l'espace qui n'était pas encore cicatrisé.

La cicatrice a une tendance extrême à se coarcter ; aussi, pendant toute la durée du traitement, et même long-temps après, doit-on se garder de négliger l'introduction de la mèche. Sans cette précaution indispensable, « la plupart des malades, dit M. Velpeau, ne tarderaient pas à être affectés d'un rétrécissement capable de leur faire perdre le prix de tant de souffrances. »

M. Velpeau tendant à généraliser un mode opératoire qui lui est familier, a mis en usage dans les cas dont je m'occupe, trois nuances diverses d'un procédé, que je vais faire connaître.

A. Le cancer est supposé former un anneau, d'un pouce seulement de hauteur. On commence par le fendre en arrière. Il est ensuite abaissé et porté tout-à-fait en dehors, à l'aide du doigt ou au moyen de bonnes érignes. Après quoi, on passe avec une aiguille courbe une série de fils de haut en bas, ou du rectum vers la peau, au-dessus de la tumeur, qui est détachée, avec le bistouri ou les ciseaux, de dehors

en dedans ou de dedans en dehors, à trois ou quatre lignes en deçà de chaque point traversé par les fils. Ceux-ci, rapprochés et noués immédiatement, servent à opérer la réunion des bords opposés de la plaie.

B. Lorsque le mal s'élève davantage, M. Velpeau commence par disséquer le cancer de bas en haut, comme dans le procédé ordinaire, et jusqu'à une certaine distance au-dessus de la tumeur. Cela fait, les fils sont passés d'espace en espace à travers la partie saine du rectum, puis, par l'autre bout, à travers la lèvre cutanée ou externe de la plaie. Le mal se trouve ainsi dans l'espace intermédiaire à l'entrée et à la sortie des fils. Le cancer est retranché aussitôt, et les fils sont réunis et noués comme dans le premier cas.

C. Si au lieu d'un cancer en gimblette, on a à enlever une simple plaque, on la circonscrit entre deux incisions semi-elliptiques dont les bords sont sur-le-champ réunis à l'aide de quelques points de suture.

M. Velpeau trouve à ce procédé l'avantage de rapprocher immédiatement l'intestin des tégumens, de rendre l'hémorrhagie plus difficile, la guérison plus prompte, la réaction moins sérieuse, et de ne pas laisser de cicatrices inodulaires.

Accidens de l'opération. — 1° *Hémorrhagie.* — On a vu que ce n'était point là ce que craignait M. Lisfranc. Mais il y a des raisons pour ne point partager la sécurité de ce chirurgien quand on sait, par exemple, qu'un des opérés de M. Velpeau périt avec une livre de sang épanché dans le haut du rectum. On a d'autant plus à craindre l'hémorrhagie, dit M. Pinault (M. Pinault a fait ses observations dans le service de M. Lisfranc), que le malade a perdu une plus grande quantité de sang pendant l'opération. S'il est menacé de syncope, ajoute-t-il, si le pouls est à peine sensible, il

pied dans sa chaise de poste, que le malheureux opéré était mort. » On lit dans mon livre : « Au moment où ces lignes sont écrites, mai 1841, existe, dans l'amphithéâtre de la Pitié, un cadavre d'un homme mort *douze heures* après l'extirpation du rectum. Le péritoine qui va de la vessie au rectum a une ouverture qui laisserait passer trois doigts. MM. Desprez, Giraldès, Denonvilliers, etc., ont pu voir ce sujet. Ces chirurgiens s'étaient rendus, ce jour-là, à la Pitié, pour assister M. Lenoir qui devait réduire une luxation de l'extrémité interne de la clavicule.

5° *Phlébite.* — Un des opérés de M. Velpeau succomba à ce terrible accident. Dans un autre cas de M. Pinault, on trouva une grande quantité de pus dans la plupart des veines du bassin, dont la membrane interne était, en outre, tapissée d'une couche comme albumineuse, qu'on enlevait facilement en la râclant avec le scalpel.

M. Velpeau cite un de ses malades comme étant mort d'épuisement. Dans un autre fait mentionné par ce professeur, il y eut une fistule recto-vaginale.

Résultats définitifs de l'opération. La défécation, si l'on en croyait certains opérateurs, n'éprouverait guère de dérangement à la suite de l'extirpation du rectum. N'a-t-on enlevé que la membrane muqueuse, ou une partie des sphincters inférieurs, ou même la totalité de ces muscles, le rectum, dit-on, exécute ses fonctions comme à l'ordinaire. « A-t-on réséqué l'intestin à une assez grande hauteur et dans toute son épaisseur, il se forme aux dépens des fibres musculaires de celui-ci, et peut-être aussi de l'insertion de celles du releveur de l'anus, une espèce de bourrelet en forme de sphincter à la partie supérieure de la cicatrice, dont la pellicule, qui s'étend depuis l'intestin jusqu'à la peau, paraît

être d'organisation muqueuse accidentelle. » M. Lisfranc imagine, pour expliquer comment on n'observe pas d'incontinence des matières fécales à la suite de l'opération dont il s'agit, la disposition en forme de Z que représenterait le canal qui, des tégumens, remonte à la partie inférieure de l'intestin excisé. Ce n'est, dit M. Lisfranc, que lorsque les matières sont très liquides, et lorsque les intestins sont irrités, qu'il peut y avoir nécessité, pour les malades, de retenir les matières à l'aide d'un bourdonnet de charpie qu'ils ôtent pour aller à la selle. Bien plus, au lieu de l'incontinence, il pourrait y avoir rétention des matières dans le canal artificiel indiqué, au point qu'il faudrait les extraire à l'aide du doigt ou d'un lavement. Cela arriverait lorsque les matières sont trop dures.

Aujourd'hui, M. Lisfranc se croirait autorisé à s'appuyer de la découverte d'un sphincter supérieur faite par M. Nélaton, et des opinions physiologiques de M. O'Beirne, opinions dont M. Eager, alors interne des hôpitaux, donna l'analyse dans le *Journal hebdomadaire* (1833), et desquelles il résulterait que les sphincters inférieurs n'auraient pas l'importance qui leur a été attribuée. Ce ne serait pas dans le rectum, ce serait dans l'S iliaque que les matières s'accumuleraient, et elles n'arriveraient dans le premier qu'au moment de leur expulsion. On concevrait dès-lors que l'extirpation de la partie inférieure de cet intestin ne produisît pas l'incontinence des fèces. Mais malheureusement il n'y a guère lieu à se fonder sur ces inductions physiologiques, pas plus que sur les raisonnemens rapportés plus haut. N'ai-je pas cité un cas dans lequel le simple écartement de l'anus par suite de la présence de deux tumeurs déterminait l'incontinence, et n'observe-t-on pas cette dernière lorsque précisément

l'ulcération cancéreuse de la partie inférieure du tube digestif s'est étendue aux sphincters et les a détruits? Je suis loin de dire que l'incontinence des matières aura lieu dans tous les cas, puisqu'il arrive parfois le contraire, et M. Jobert a eu la franchise de l'avouer; je dis seulement qu'il ne convient pas de la donner comme presque impossible, attendu que l'on exposerait les chirurgiens à de pénibles mécomptes. Un malade de M. Haime et l'un des opérés de M. Velpeau n'en demeurèrent-ils pas affectés? Et dans l'article *diagnostic* n'a-t-on pas lu une observation empruntée à M. Cruveilhier, dans laquelle cet inconvénient est mis si bien en relief?

Telle est, dans toutes les circonstances qui en dépendent, l'extirpation du rectum cancéreux. Il resterait à l'apprécier. Cette opération enlève rarement tout le mal, et elle peut hâter le terme fatal. Sur neuf opérés, M. Lisfranc avoue trois morts. Les décès de la Salpêtrière et de Bicêtre étant probablement inconnus à M. Lisfranc, il ne peut en tenir compte. Voyez l'observation déjà citée par M. Cruveilhier. M. Velpeau a perdu trois opérés sur six. Il n'y a que deux des malades de M. Velpeau qui soient guéris (*primitivement*). Le sixième, dont j'ai déjà parlé, est resté affecté d'incontinence. Voilà donc une opération qui n'enlève pas toujours le mal, qui donne des guérisons incomplètes, et qui peut tuer en moins de douze heures. Mais, attendu que les sujets affectés de cancer du rectum sont inévitablement destinés à en mourir, et que, s'il existait des chances de prolonger leur existence, selon quelques chirurgiens, elles se trouveraient dans l'opération, on se croit autorisé à la tenter. Ici surgit une des plus difficiles questions de médecine opératoire. Quand le mal est nécessairement incurable, est-on en droit de tout

entreprendre. Mais, en tout entreprenant, on augmente le chiffre des insuccès chirurgicaux et on finit par donner à la chirurgie une réputation de malheur, qui pourrait un jour nuire à son indépendance. Que l'on continue à pratiquer de pareilles opérations, que l'on continue à faire des statistiques de nos revers, et on verra, sous peu, ce que deviendra notre irresponsabilité. Dans le premier chapitre de ma thèse, j'ai montré l'infiltration cancéreuse avec des limites mal tracées; j'ai prouvé que quand le cancer se présentait sous forme de masses de tumeur, il avait une nature des plus malignes et une tendance extrême à la récidive, et j'ai cherché à établir que ce même cancer était répété dans le bassin et les viscères. Là se trouve implicitement résolue la question de savoir si l'opération offre des chances, non d'un succès *primitif* et éphémère, mais d'un succès *consécutif* et durable.

Supposons qu'elle en offre, quand les offrirait-elle? Ce n'est point, assurément, lorsque le mal s'élève si haut, quand il y aurait risque, en voulant l'atteindre, d'intéresser le péritoine. M. Lisfranc a enlevé trois pouces et demi d'intestin : il n'y a guère de chirurgien qui voulût en faire autant. Que l'on se reporte aux mesures que j'ai prises, et l'on sera effrayé d'une telle *hardiesse*. A mon avis, un cancer qui s'élèverait à plus d'un pouce échapperait, dans tous les cas, à la juridiction du bistouri. Lorsque le cancer siége en arrière, on s'est permis, vu la disposition du péritoine, d'agir un peu plus haut. Il n'y a guère à compter, dans aucun cas, sur le décollement de cette membrane. Ce décollement, possible dans l'état normal, cesse de l'être le plus souvent, quand un travail pathologique s'est opéré aux environs de la séreuse. Le passage suivant, écrit par M. Pinault, dont la circonspection ne sem-

blera pas systématique, mérite de fixer sérieusement l'attention des chirurgiens. « Ce n'est qu'avec beaucoup de peine, dit-il, qu'on parvient à séparer le rectum de la partie antérieure de la prostate, dont on pourrait facilement confondre le tissu, à cause de sa couleur et de sa consistance, avec celui du squirrhe. Ce qui augmente encore les difficultés, c'est que la circonférence du bassin est plus étroite chez l'homme que chez la femme; on est d'ailleurs privé d'un grand avantage qu'on a chez cette dernière, c'est de pouvoir introduire le doigt dans le vagin pour faire saillir le rectum. Ces difficultés, que j'indique dans le cas où on opère chez l'homme, ne doivent pas faire renoncer à l'opération, *quand le cancer ne s'élève pas à plus de deux pouces, et qu'il ne s'étend pas trop profondément en épaisseur.* »

Jusque-là, c'est l'homme que j'ai eu en vue. S'élèverait-on plus haut si l'on opérait sur une femme? Non, certes. M. Blandin ne dit-il pas que, chez la femme, le péritoine descend plus bas que chez l'homme, et n'est-ce pas ce que nos mesures nous ont montré?

On ne devrait positivement tenter aucune opération, si le doigt introduit dans le vagin reconnaissait que la cloison est envahie. Il ne faudrait pas opérer non plus, si l'on n'avait une notion exacte de l'épaisseur du mal. Or, cette notion est presque impossible à acquérir. J'ai parlé de cas dans lesquels il y a, non plus un intestin, mais un canal creusé au sein d'une masse squirrheuse. A quoi servirait-il d'opérer dans un cas de ce genre? Enfin, il ne faudrait pas opérer s'il existait un état général, tel que la vie ne pût se prolonger pendant un certain temps. Il faut toujours que le malade puisse espérer suffisamment de vie pour qu'il y ait compensation aux douleurs inséparables d'une opération

laborieuse. Et quelle compensation qu'un état ressemblant plus ou moins à celui de cette malheureuse femme dont M. Cruveilhier nous a tracé l'histoire!

2° *Extirpation des tumeurs cancéreuses du rectum et de l'anus.* — L'excision simple de ces tumeurs, telle qu'elle a été indiquée plus haut, sera rarement suffisante, attendu que les tumeurs tiennent le plus souvent, comme je l'ai dit, à un fond cancéreux. L'enlèvement des tumeurs cancéreuses du rectum ou de l'anus exige ordinairement une dissection minutieuse et habile. Les règles des opérations à l'aide desquelles on en débarrasse les malades ne peuvent être établies invariablement. Chaque cas, pour ainsi dire, modifie le procédé opératoire. On a vu, dans le travail intéressant de M. Bégin, inséré dans les *Annales de chir.*, t. III, que ce praticien, ayant à extirper, chez un homme de soixante-cinq ans, une tumeur qui occupait la moitié environ de la circonférence de l'anus, du côté gauche, et s'élevait à huit ou neuf centimètres, fit construire un gorgeret en tôle d'acier dont le sommet présentait six dents aiguës destinées à être enfoncées dans les tissus, au-dessus de la tumeur. La concavité du gorgeret était occupée par un mandrin en bois recouvrant les extrémités des dents, pour que l'instrument pût être introduit sans blesser les portions saines de l'intestin. Il suffit d'une incision semi-lunaire partant de la partie postérieure du rebord de l'anus, contournant la tumeur, à une certaine distance en dehors des points altérés, et venant rejoindre l'ouverture anale en avant. Une autre fois, après avoir pratiqué une incision également semi-lunaire, M. Bégin se servit, pour attirer la tumeur, de pinces de Museux.

Si la tumeur était située en avant, dans le point corres-

pondant à la prostate, il ne faudrait pas opérer, à moins qu'il ne fût avéré que la membrane muqueuse serait seule altérée; mais encore comment s'en assurer?

Article II. — *Moyens destinés à combattre la rétention des matières. Anus artificiels.*

Ces moyens consistent d'abord dans un régime approprié, dans l'usage fréquent de délayans pour liquéfier les matières, dans l'introduction et le maintien de corps dilatans, tels que les mèches, les canules, les douches ascendantes; dans l'administration de lavemens qui deviennent ici de véritables opérations chirurgicales. Quelquefois, après avoir, à un premier essai, fait pénétrer la sonde et administré un lavement, on ne peut plus, quand on y revient, franchir la coarctation. C'est ce qui est arrivé dernièrement à un professeur qui m'a communiqué le fait.

Mais souvent, malgré tous les moyens employés, les *débâcles* sont difficiles et séparées par un intervalle de plus en plus long. Les matières s'amassent, et jamais l'évacuation n'est complète. Je me suis déjà étendu sur la succession des phénomènes qui ont lieu alors. La constitution souffre et s'affaiblit de plus en plus. Deux choses sont à craindre : ou il se fera une crevasse, et par suite un épanchement stercoral rapidement mortel, ou le malade succombera, comme Broussais et tant d'autres, aux effets de la rétention prolongée, effets qui minent, pour ainsi dire, tout l'organisme.

C'est, dans ce moment, que le chirurgien aura à se poser une question grave, et à concentrer sur elle toutes les ressources de son esprit. Il aura à se demander s'il ne serait pas convenable de frayer une nouvelle route aux ma-

tières ; en un mot, de pratiquer l'opération de l'anus artificiel. Son but, dans cette opération, serait de livrer passage aux matières, et de soustraire ainsi le tube digestif aux effets de leur rétention. Ce n'est qu'accessoirement qu'on se flatte, mais à tort, d'imprimer une modification avantageuse au cancer mis à l'abri du contact des matières fécales. On place alors, dit-on, le cancer du rectum dans la position d'un autre cancer, d'un cancer extérieur. Mais comme tous les cancers, extérieurs ou intérieurs, sous l'influence de matières irritantes ou non irritantes, suivent fatalement la loi commune, celui du rectum n'y dérogera jamais, qu'il soit ou non en rapport avec les matières fécales. On sera convaincu de cette vérité quand, au lieu de ne voir que les résultats *primitifs* des opérations, on voudra s'enquérir des résultats *consécutifs*. Malheureusement ceux-ci ont rarement les honneurs de la publicité! Mais l'obscurité qui règne sur le diagnostic du cancer du rectum, l'impossibilité dans laquelle on se trouve de le distinguer des rétrécissemens fibreux, peuvent autoriser quelquefois les praticiens à entreprendre les opérations que je vais décrire et apprécier. D'ailleurs le chirurgien devra ici s'éclairer à d'autres lumières que les siennes, et devra toujours craindre de pratiquer inutilement une opération douloureuse, grave, et dont le résultat le moins malheureux serait une infirmité dégoûtante.

On aurait à se décider entre deux méthodes principales, qui portent le nom de Littre et de Callisen.

Voici ce que l'on trouve sur la méthode de Littre dans le travail de M. Amussat. Ce passage est extrait de l'*Histoire de l'Académie royale des Sciences*, année 1710, page 36.

A. *Méthode de Littre*. — « Dans le cadavre d'un enfant mort à six jours, M. Littre a vu le rectum divisé en deux par-

ties, qui ne tenaient l'une à l'autre que par quelques petits filets longs environ d'un pouce; ces deux parties séparées s'étaient fermées chacune de son côté par le bout où s'était faite la séparation, de sorte que les deux clôtures se regardaient; apparemment le rectum n'ayant pas pris dans ce fœtus autant d'accroissement à proportion que les parties auxquelles il était attaché avait été étendu et tiré avec violence, et enfin entièrement déchiré, à l'exception de quelques fibres plus fortes qui étaient demeurées entières, quoique fort allongées; ce déchirement s'était fait dans le temps où le canal était encore vide; et rien par conséquent n'avait empêché que les extrémités des deux parties séparées ne s'affaissassent et ne se collassent ensemble, ce qui avait fait les deux clôtures. Ensuite la partie supérieure de l'intestin s'était remplie de méconium, mais non pas en assez grande quantité pour être obligée de se rouvrir. Quant à la partie inférieure, elle avait toujours dû être et était en effet entièrement vide. Il est aisé de concevoir quels accidens s'ensuivaient de cette conformation accidentelle, et combien la mort de l'enfant dut être prompte, puisque ses excrémens ne pouvaient sortir, et que tout ce qu'on lui faisait prendre pour déboucher augmentait nécessairement le mal. M. Littre qui a voulu rendre son observation utile, a imaginé et proposé une opération chirurgicale fort délicate pour les cas où l'on aurait reconnu une semblable conformation. Il faudrait faire une incision au ventre, et recoudre ensemble les deux parties d'intestin après les avoir rouvertes, ou du moins faire venir la partie supérieure de l'intestin à la plaie du ventre, que l'on ne refermerait jamais et qui ferait la fonction d'anus. Sur cette légère idée, d'habiles chirurgiens pourront imaginer d'eux-mêmes le détail que nous supprimons. Il suffit souvent de sa-

voir en gros qu'une chose serait possible, et de ne pas désespérer à la première vue. »

En 1776, Pillore, chirurgien de Rouen, mit en pratique l'idée attribuée à Littre, chez un homme affecté de squirrhe du colon sigmoïde et du haut du rectum, avec oblitération de la portion malade du tube digestif. Le sujet de l'observation n'avait rien rendu par l'anus depuis plus d'un mois.

« Je commençai, dit Pillore, par une incision transversale des tégumens un peu au-dessus du pli de l'aine; je la continuai obliquement de bas en haut; à la faveur du tissu cellulaire en sous-œuvre, j'arrivai à l'aponévrose du muscle grand oblique du bas-ventre, je l'incisai un peu au-dessus du ligament de Fallope dans la même proportion pour avoir au moins un bon pouce de canal depuis le réservoir jusqu'à l'ouverture des tégumens; je fis aux muscles et au péritoine une ouverture transversale à-peu-près de la même étendue; le fond du cœcum, facile à reconnaître par son appendice, se présenta, je n'eus pas la peine de le chercher; je l'amenai sans effort le plus en avant possible; là, soutenu par un aide et par moi, je l'ouvris transversalement et l'assujettis aux deux lèvres de la plaie par le moyen d'un point de suture que je fis à l'une et à l'autre avec deux aiguilles enfilées du même fil; je les passai de dedans en dehors, et je coupai le fil par le milieu pour obtenir deux anses que je nouai tant supérieurement qu'inférieurement sur deux compresses pour empêcher le froncement des lèvres. Les matières sortirent abondamment; pour tout appareil j'appliquai de la charpie brute et des serviettes, je ne comprimai pas, afin que l'issue des matières ne fût point interrompue; en effet, elles coulèrent avec abondance pendant plusieurs jours; le ventre diminua considérablement de volume; mais comme le vif-ar-

gent (*voir plus bas*) nous donnait de l'inquiétude, et comme nous n'en avions vu paraître aucune parcelle, nous fîmes prendre au malade toutes les positions possibles pour procurer une pente aisée au mercure; cependant nous n'en eûmes aucune révélation ; depuis l'opération il s'était déjà écoulé quatorze ou quinze jours pendant lesquels la plaie avait suppuré. L'intestin s'était agglutiné avec les lèvres; j'avais retiré les fils qui l'avaient assujetti; tout en apparence était dans le meilleur état possible, lorsque le malade ressentit quelques douleurs vagues dans les différentes régions de l'abdomen; nous les attribuâmes d'abord à de l'air renfermé dans le canal intestinal; mais le malade inquiet disait toujours qu'elles dépendaient du mercure, et en conséquence continuait à prendre les positions propres à le faire sortir. Nous étions au vingtième jour lorsque le ventre qui était fort aplati se tuméfia et devint très douloureux. Nous appliquâmes des fomentations émollientes, et à la faveur de notre anus artificiel nous fîmes des injections dans l'intestin colon, deux saignées furent pratiquées; mais malgré tout, les symptômes allèrent en augmentant, et le malade mourut le vingt-huitième jour après son opération. »

A l'autopsie, on trouva que deux livres de mercure administrées au malade plus d'un mois avant l'opération, pour pousser les matières, avaient entraîné le jéjunum dans l'hypogastre, et enflammé cet intestin au point qu'il était parsemé de taches gangréneuses. On notera avec soin cette circonstance, car elle va être rappelée dans la discussion des deux méthodes, celle de Littre et celle de Callisen.

Pillore ouvrit le cœcum et cependant je l'indiquais tout-à-l'heure comme ayant pratiqué l'opération de Littre. C'est qu'en effet il n'y a que deux opérations proprement dites pour

l'établissement de l'anus artificiel, l'une dans laquelle on arrive à l'intestin après avoir divisé le péritoine, et l'autre dans laquelle on cherche à respecter cette séreuse. On verra, dans l'observation suivante que j'ai jugé à propos de rapporter en entier, un exemple intéressant d'une opération à la manière de Littre. C'est Duret qui parle :

« Le vendredi 18 octobre 1793, Marie Poulaouen, sage-femme à Brêles, commune de Plourain, ayant accouché l'épouse de Michel Ledrevès, laboureur, s'aperçut que l'enfant qu'elle venait de recevoir n'avait point d'anus, et que ses parties sexuelles étaient mal conformées. Jugeant que dans cet état de choses le nouveau-né ne pouvait vivre long-temps, elle conseilla aux parens de le porter à Brest, pour y recevoir les secours de la chirurgie. Le samedi, à 10 heures du matin, le père vint chez moi ; j'examinai l'enfant : les parties de la génération étaient disposées de manière que le scrotum rentrait à l'endroit du raphé, et présentait deux parties égales, dont chacune contenait un testicule ; au premier aspect, on eût cru voir une fille ; au périnée était le gland, percé d'un méat urinaire, laissant sortir librement l'urine : l'endroit de l'anus n'offrait aucun indice de l'existence du rectum ; la peau avait sa couleur naturelle et sa consistance ; aucune tumeur n'avait lieu dans les efforts que l'enfant faisait pour aller à la selle. D'après cet examen, je crus que cet enfant méritait l'attention des gens les plus instruits dans l'art de guérir ; je convoquai à cet effet une assemblée de médecins et de chirurgiens employés dans les différens hôpitaux de la ville. La consultation se fit à l'hôpital de la marine. Les consultans furent d'avis d'ouvrir la peau à l'endroit où le rectum devait se rendre, pour chercher cet intestin. L'opération n'eut pas de succès ; je reconnus, avec une sonde introduite

dans le bassin, que le dernier des gros intestins manquait absolument; alors (il était quatre heures de l'après-midi) l'enfant parut sans ressource : les vomissemens, la grosseur extraordinaire de son ventre et le froid des extrémités inférieures, étaient autant de signes certains d'une mort prochaine. Cependant, contre mon attente, le dimanche au matin, l'enfant vivait encore; cela me décida à faire une seconde consultation, dans laquelle je proposai, comme une dernière ressource, pour prolonger la vie de cet être, la gastrotomie, et l'établissement d'un anus artificiel. Pour donner plus de confiance en ce moyen extraordinaire, je l'exécutai sur le cadavre d'un enfant d'environ quinze jours que je pris à l'hôpital des pauvres de cette ville; je pratiquai une incision entre la dernière des fausses côtes, du côté gauche, et la crête de l'os des îles; la plaie pouvait avoir deux pouces d'étendue; elle découvrait la gibbosité du rein et une petite région de la partie gauche du colon; cette dernière fut ouverte; ensuite on injecta de l'eau par l'anus; une partie du fluide sortit de l'ouverture du colon, et une autre partie s'épancha dans le ventre. Il fut reconnu par l'ouverture de l'abdomen que, dans le fœtus, les parties latérales du colon ne sont pas hors du péritoine comme dans l'adulte, qu'elles ont un méso-colon qui les rend libres et flottantes. Cette circonstance fit rejeter l'opération dans cet endroit, dans la crainte qu'elle n'eût donné lieu à un épanchement du méconium dans le ventre.

« L'assemblée, d'après cet essai, ayant prolongé la discussion aussi loin que pouvaient l'exiger l'intérêt de l'humanité et l'honneur de la chirurgie, arrêta : 1° Que sans ce moyen extraordinaire, la perte de l'enfant était inévitable; 2° que l'axiome de Celse « il vaut mieux employer un remède dou-« teux que d'abandonner le malade à une mort certaine, »

trouvait ici son application; 3° que les réflexions d'Hévin sur la gastrotomie n'étaient point contraires à cette opération, toutes les fois que la cause et le siége du mal étaient, comme ici, reconnus. J'ouvris le ventre du petit malade au-dessus de la région iliaque, dans l'endroit où l'S du colon formait une tumeur, à la vérité peu apparente, et où le méconium semblait imprimer une couleur plus foncée à la peau; je donnai à cette ouverture à-peu-près un pouce et demi d'étendue; elle servit à introduire mon doigt index dans l'abdomen, avec lequel j'attirai au-dehors l'S du colon; et dans la crainte qu'il ne rentrât par la suite dans le ventre, je passai dans le méso-colon deux fils cirés; ensuite j'incisai l'intestin en long; l'air et le méconium sortirent en abondance par cette ouverture; quand il s'en fut écoulé une certaine quantité, j'appliquai l'appareil; il fut simple, une compresse percée, de la charpie et un bandage de corps le composèrent; dans la nuit du dimanche au lundi, l'enfant reposa parfaitement bien; ses vomissemens cessèrent, sa chaleur revint; et il teta plusieurs fois avec avidité; le lendemain de l'opération, les personnes qui avaient assisté à l'opération, la veille, furent satisfaites du changement avantageux qu'elles aperçurent; les linges qui entouraient l'enfant étaient remplis de méconium, et sa voix, que jusqu'alors on n'avait pu distinguer, se fit entendre.

« Le troisième jour, les choses allant toujours de mieux en mieux, on engagea les parens de l'enfant à l'apporter deux fois par jour à l'hôpital de la marine. Le citoyen Massac, chef d'administration, ayant le détail de cet hospice, et le citoyen Coulon, commissaire-médecin, firent fournir les objets nécessaires au pansement de Ledrevès.

« Le quatrième jour, les excrémens sortirent jaunâtres,

mais en petite quantité; j'ordonnai un lavement avec de l'eau simple, et je fis prendre deux gros de sirop de chicorée, composé de rhubarbe; il produisit un bon effet en faisant aller le malade plusieurs fois à la selle.

« Le cinquième jour, les fils qui soutenaient l'intestin parurent inutiles; on les retira, car leur présence entretenait la malpropreté et la rougeur aux environs de l'anus artificiel.

« Le sixième jour, l'intestin, large d'environ un pouce, paraissait livrer passage aux tuniques internes, ce qui donnait à la plaie l'aspect d'un œuf de poule; on a essayé d'introduire une canule de plomb dans la fistule, tant pour s'opposer à une hernie consécutive que pour entretenir une libre sortie aux excrémens; mais les cris de l'enfant ont fait différer l'emploi de ce moyen. L'instrument a reçu, d'ailleurs, toute la perfection des citoyens Moriers fils, habiles couteliers de cette ville.

« Le septième jour, l'enfant était si bien, tant à l'endroit de l'opération que dans l'exercice de ses fonctions, qu'on l'a jugé n'avoir plus besoin que de propreté et d'une surveillance exacte de la part des personnes de l'art. » (*Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, tome III, p. 126.)

Ainsi, Duret avait remarqué que, chez l'enfant, le colon, dans ses portions latérales, est entièrement recouvert par le péritoine, et que le procédé de Callisen ne serait aucunement applicable aux nouveau-nés, circonstance anatomique importante à noter, et que l'on peut rapprocher de celle indiquée plus haut, d'après M. Blandin, à savoir la beaucoup moindre distance qui existe chez l'enfant, par rapport à l'adulte, entre le péritoine et l'anus.

Fine et Dupuytren ont proposé d'établir l'anus artificiel par la méthode de Littre, au-devant de la région lombaire.

Fine, chez une femme, établit un anus artificiel sur le colon transverse. Son intention avait été d'abord d'ouvrir l'iléon. Il y aurait fort à craindre, si l'on voulait répéter cette opération, de s'en laisser imposer par l'estomac.

S'il y a lieu de penser que l'S du colon est altérée dans une certaine étendue, on ne peut pas attaquer l'intestin du côté gauche. L'exemple de Pillore, en pareil cas, se présenterait à l'esprit du chirurgien.

Voici comment M. Velpeau décrit le procédé, selon la méthode de Littre : « Le sujet couché sur le dos, les cuisses étendues, est contenu par un ou deux aides. L'opérateur, placé commodément, fait, un peu au-dessus du ligament de Fallope, entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le pubis, une incision d'environ deux pouces, divise couche par couche, la peau, le fascia superficialis, l'aponévrose de l'oblique externe, les fibres inférieures du muscle petit oblique, le fascia transversalis et le péritoine, dont il agrandit ensuite l'ouverture, en donnant au bistouri une sonde cannelée pour conducteur. L'intestin, distendu, livide ou verdâtre, se présente de lui-même derrière la plaie, et se reconnaît en outre à l'aspect de son enveloppe externe, à la disposition de ses fibres. L'indicateur va le chercher et l'amène à l'extérieur en agissant à la manière d'un crochet ou bien en s'aidant du pouce pour le saisir. Une anse de fil, qu'on passe aussitôt à travers son mésentère, l'empêche de rentrer. On l'ouvre dans le sens de la plaie du ventre ; les matières s'échappent et se vident. On place une tente ou une mèche dans la division, si on en craint le resserrement trop prompt. Des adhérences ne tardent pas à s'établir entre la surface

du colon et les bords de la plaie du ventre. On retire le fil mésentérique, du troisième au cinquième jour, et le nouvel anus, alors définitivement formé, ne réclame plus que les soins nécessités par un anus accidentel quelconque. »

On a proposé de pratiquer l'opération en plusieurs temps, et je trouve à ce sujet, dans l'ouvrage de M. Costallat, un procédé que je vais indiquer brièvement. Une incision ou une perte de substance serait faite à la paroi abdominale jusqu'au péritoine, que l'on respecterait. On ferait cicatriser séparément les parties divisées, en plaçant un corps étranger entre leurs lèvres. On attendrait ensuite qu'il se formât, à travers la paroi abdominale ainsi affaiblie, une hernie aux dépens de l'intestin colon. On pourrait provoquer les adhérences entre l'intestin et le péritoine, à l'aide de quelques points de suture passés au moyen d'une petite aiguille. Des piqûres faites avec une aiguille rougie au feu produiraient sans doute le même résultat. Cela fait, on pourrait attaquer la cloison péritonéo-intestinale avec le caustique ou le feu, mais il vaudrait mieux pincer cette cloison avec un entérotôme. Si le colon ne venait pas se porduire au dehors, il faudrait terminer l'opération par l'incision et la suture.

Voici, à mon avis, comment l'opération devrait être pratiquée. On ferait une incision vis-à-vis la portion d'intestin qu'on voudrait ouvrir, et on diviserait dans toute son épaisseur la paroi abdominale. On reconnaîtrait l'intestin, et on l'attirerait entre les lèvres de la plaie où il serait maintenu à l'aide d'un fil très fin; on attendrait que les adhérences se fussent formées, et quand on aurait acquis la certitude de leur existence, on inciserait l'intestin dans une étendue convenable.

Si j'avais la certitude que les parois abdominales, dans la région iliaque droite, ne fussent en rapport qu'avec le cœcum ou la fin de l'intestin grêle, je ne balancerais pas à appliquer un caustique pour préparer la voie et les adhérences avant d'ouvrir l'intestin. Cette opération *en deux temps* rentre parfaitement dans les principes que je professe et qui commencent à prendre faveur. Ainsi, on a vu, dans les *Annales de chirurgie*, MM. Bégin et Marchal proposer ce mode opératoire, mais par l'incision, au lieu du caustique, comme je voudrais qu'on pût le faire. Je noterai ici que M. Bégin, partisan de la méthode de Littre est un de ceux qui ont assisté à des opérations faites par M. Amussat, d'après la méthode de Callisen.

B. Méthode de Callisen. — M. Amussat a essayé de la réhabiliter. Avant lui, la plupart des chirurgiens l'avaient condamnée.

Indiquons d'abord quelques dispositions anatomiques.

Données anatomiques sur les rapports principaux du colon descendant.

Le colon descendant se continue avec le colon transverse dans l'hypochondre gauche, au-dessous du grand cul-de-sac de l'estomac, en avant de la rate, mais à une hauteur variable par rapport à la crête iliaque. On trouve jusqu'à 10 centimètres de variation. Le péritoine se comporte différemment, comme on sait, relativement au colon transverse et aux autres parties du gros intestin. Le colon transverse est toujours plus complétement enveloppée par le péritoine; il n'est nullement accessible aux opérations qui auraient la prétention de ne point léser le péritoine. La portion du colon descen-

dant qui est située au-dessus de la crête iliaque, et dont la longueur varie de 35 à 160 millimètres, décrit parfois des flexuosités et est plus ou moins complétement enveloppée par le péritoine. Tantôt cette membrane passe seulement au-devant de l'intestin, s'applique contre la paroi abdominale et laisse une surface assez large par laquelle il peut être ouvert sans lésion de la membrane séreuse, tantôt l'intestin est enveloppé dans presque toute sa circonférence, de sorte qu'il ne reste qu'une bande très étroite en arrière, dépourvue de péritoine. Enfin, les deux feuillets péritonéaux peuvent arriver au contact et envelopper complétement l'intestin.

Il était important de savoir si, dans ces cas, le péritoine pouvait être séparé dans une certaine étendue de l'intestin ; si, en se dilatant, celui-ci se dilate davantage dans la portion où la séreuse se réfléchit pour gagner les parois abdominales. Relativement à la première question, j'ai vu que tout décollement de l'intestin au-delà de ses limites naturelles était non-seulement difficile, à cause de l'intimité des adhérences, mais *dangereux*, parce que le péritoine devient excessivement mince et se *déchire* avec la plus grande facilité.

Les vaisseaux sanguins qui vont au reste du tube intestinal ou qui en viennent, sont contenus dans le mésentère, c'est-à-dire entre les deux feuillets péritonéaux. Pour le colon qui n'a pas de mésentère, les vaisseaux ne sont en rapport qu'avec une lame du péritoine pariéto-viscéral. Ils arrivent, non par la partie tout-à-fait postérieure, mais par la partie postérieure et interne, et ils offrent en ce point une disposition remarquable. On sait que les artères et les veines de l'intestin grêle forment dans l'épaisseur du mésentère des séries d'arcades anastomotiques en diminuant de calibre, en

sorte qu'au voisinage du bord mésentérique de l'intestin on ne trouve plus que des vaisseaux d'un petit calibre. Pour le gros intestin, ces séries d'arcades sont remplacées par une arcade unique formée, à droite, par les branches qui émanent de la concavité de la grande mésentérique, et, à gauche, par celles qui viennent de la petite. Or, cette arcade, représentée dans la portion d'intestin qui nous occupe par une grosse branche marchant parallèlement à lui, en est très rapprochée et correspond ordinairement au lieu de réflexion du péritoine en dedans de l'intestin. Cette branche fournit les rameaux dont les uns, antérieurs, et les autres, postérieurs, s'anastomosent sur la portion diamétralement opposée du canal intestinal. Il résulte de cette disposition des vaisseaux mésentériques : 1° que la partie postérieure médiane est dépourvue de grosses branches ; 2° que sur cette portion on ne trouve que des branches disposées transversalement ; 3° que ces branches sont plus grosses du côté interne, qui correspond à leur origine, que du côté externe, qui correspond à leur terminaison.

Si on insuffle l'intestin pour mesurer sa circonférence dans les cas normaux, on trouve 12 à 19 centimètres. La différence est beaucoup plus grande pour le rapport qui existe entre la portion revêtue par le péritoine et celle qui en est dépourvue. Cette variation porte sur les chiffres 6 et 2 centimètres. Cette portion dépourvue de péritoine m'a semblé se distendre davantage, car ce dernier chiffre 0,02 est celui d'un cas où il existait un mésocolon. Pour expliquer mes dernières paroles, qui semblent au premier abord contradictoires, je dois dire que même dans les cas de mésocolon il y a toujours en arrière une portion où le péritoine n'adhère pas à l'intestin. Ce sont ces limites d'adhérences naturelles que j'ai prises pour mesurer la portion dépourvue de péritoine.

Si, après avoir ouvert le ventre, on enfonce un instrument à travers la paroi abdominale postérieure au niveau du colon descendant et du bord supérieur de la crête iliaque, la pointe de l'instrument va sortir à une distance de la série des apophyses épineuses, qui varie entre 8 et 13 centimètres.

Voici, d'ailleurs, un tableau qui résume les faits d'anatomie topographique que je viens d'exposer.

Tableau représentant quelques rapports du colon descendant, nécessaires à connaître pour apprécier la méthode de Callisen.

SEXE ET AGE DES SUJETS.	L'intestin est à la distance des apophyses épineuses du rachis.	La portion du colon descendant dépasse le niveau de la crête iliaque de :	Circonférence de l'intestin insufflé.	Etendue de la portion dépourvue de péritoine, intestin insufflé.
	Millimètres.	Millimètres.	Millim.	Millimètres.
Sur une jeune fille de 15 ou 16 ans.	0,080	0,040	0,150	0,060
Homme de 30 ans.	0,130	0,140	0,140	0,045
Homme de 50 ans.	0,110	0,130	0,190	0,050
Femme de 55 ans.	0,080	0,110	0,140	0,040
Femme de 60 ans.	0,090	0,150	0,160	0,045
Femme de 65 ans.	0,120	0,035	0,120	0,050
Femme de 75 ans.	0,120	0,160	0,140	0,020

Callisen dit dans son ouvrage (*Systema chirurgicæ*, etc.) : « L'incision du cœcum ou du colon descendant qui a été proposée dans cet état de choses (imperforation du rectum chez les enfans), au moyen d'une section pratiquée dans la région lombaire gauche, sur le bord du muscle carré des lombes, pour établir un anus artificiel, présente une chance tout-à-fait incertaine, et la vie du petit malade pourra à peine être sauvée ; toutefois l'intestin peut être atteint

plus facilement dans ce lieu qu'au-dessus de la région iliaque. »

Cette description est bien peu explicite. On y voit que le procédé de Callisen ne lui appartient pas. Il en parle comme d'un mode opératoire que l'*on a proposé.* Sabatier développe cette idée sans la compléter. Mais prenons le procédé tel qu'on le pratique aujourd'hui, c'est-à-dire tel que l'enseigne M. Amussat.

« On pratique une incision transversale à deux travers de doigt au-dessus de l'os des îles, ou mieux, au milieu de l'espace compris entre la dernière fausse côte et la crête de l'os des îles ; elle commence au bord externe de la masse commune et s'étend jusqu'au milieu du bord supérieur de l'os des îles, ou bien jusqu'à la ligne latérale du corps, et enfin on lui donne quatre ou cinq travers de doigt.

« Les apophyses épineuses lombaires ; la dernière fausse côte et la crête de l'os des îles sont les points osseux qu'on peut prendre pour se diriger. Cependant, la crête de l'os des îles est le guide le plus sûr, et on peut dire que l'incision transverse doit correspondre au tiers moyen du bord supérieur de cet os.

« Après avoir divisé la peau et tous les tissus superficiels, on peut couper en croix les couches profondes, afin de mieux découvrir l'intestin ; par le moyen de l'incision transversale, on agit dans un grand espace d'avant en arrière ; on peut même soulever avec facilité le carré lombaire et inciser son bord externe, si c'est nécessaire ; enfin, on voit qu'on est bien plus en mesure pour se diriger et chercher l'espace celluleux de l'intestin.

« L'incision cruciale profonde est fort utile, elle favorise

singulièrement la recherche de l'intestin ; on devrait la faire pour la peau, si le sujet avait beaucoup d'embonpoint.

« Le temps le plus délicat de l'opération, c'est de se décider à percer l'intestin. Avant d'ouvrir le colon, on doit le mettre à découvert ; s'il est contracté, il faut le chercher en arrière; quelquefois, en ce cas, il est complétement caché sous le carré lombaire. Le tissu cellulaire graisseux qui l'enveloppe doit être enlevé avec précaution.

« La pression avec le doigt et la percussion sont les meilleurs moyens pour s'assurer de la présence de l'intestin ; le défaut de résistance, en dehors du colon, est un signe fort important. Quelquefois on reconnaît le colon à sa couleur verdâtre... »

On le saisit alors avec des pinces ou on le traverse avec un fil porté par une aiguille et on en fait la ponction avec un trois-quart; on agrandit l'ouverture dans le sens vertical. On porte les lèvres de la plaie au dehors, pour les mettre en rapport avec les lèvres de la plaie faite à la peau, et là, elles sont fixées par des points de suture, le plus près possible de l'angle antérieur de la plaie des parois abdominales. Le reste de cette plaie est réuni encore par la suture.

M. Vidal (de Poitiers), qui est loin d'avoir voulu écrire contre la méthode de Callisen, lui porte un rude coup, quand il dépeint l'anxiété extrême dont les assistans furent saisis, dans l'opération dont il rend compte, alors que les intestins ayant été mis à nu, on se demandait si c'était le gros intestin ou l'intestin grêle qu'on avait sous les yeux. Vous n'avez donc aucun moyen de distinguer si l'intestin est ou non recouvert de sa séreuse, et vous vous confiez un peu au hasard.

On voit, dans une observation de M. Amussat, que M. Bres-

chet engagea ce chirurgien à essayer d'aller à la recherche de l'S du colon en décollant le péritoine de la fosse iliaque, comme on le fait pour la ligature de l'artère iliaque externe.

Une opération analogue fut pratiquée du côté droit, en 1818, par Dupuytren, pour remédier à une imperforation de l'anus, chez un enfant. Une incision ayant été pratiquée dans le flanc droit, l'opérateur arriva sur le cœcum, sans intéresser le péritoine, et ouvrit l'intestin. Quelques matières furent rendues. Le sujet succomba à une péritonite.

L'espoir que la dégénérescence du rectum ne soit pas cancéreuse, la nécessité d'évacuer promptement des matières dont l'accumulation peut donner lieu à des accidens promptement mortels; ces considérations peuvent faire admettre par les praticiens la nécessité d'un anus artificiel. Reste alors à déterminer le meilleur moyen de l'établir. Les deux méthodes opératoires sont alors en présence : celle indiquée par Littre et celle proposée par Callisen. Jusqu'à ces dernières années, la première seule avait été pratiquée chez l'adulte; la seconde avait été rejetée d'un commun accord par tous les chirurgiens. M. Amussat a tenté de remettre cette méthode en honneur: il l'a fait avec sa manière, son talent ordinaires, dans deux Mémoires publiés, l'un en 1839, l'autre en 1841, il l'a présentée comme préférable à celle de Littre. Nous aurons à discuter la valeur relative de ces deux moyens chirurgicaux. Cette tâche présente des difficultés nombreuses, car tous les élémens d'appréciation se bornent, d'un côté, à quelques observations presque toutes très incomplètes, et, de l'autre, aux observations publiées par M. Amussat, auxquelles les esprits sévères peuvent adresser plus d'un reproche.

La méthode de Littre pénètre directement dans le ventre;

le péritoine étant ouvert, une phlegmasie plus ou moins étendue de cette séreuse est immanquable, elle est nécessaire. Par la méthode de Callisén, on ouvre le gros intestin avec la prétention de ne pas léser le péritoine et celle de ne point produire de péritonite. On ambitionne les principaux avantages de la méthode de Littre moins la péritonite, moins le fait qui constitue pour ainsi dire, à lui seul, toute la gravité de l'opération. Mais les prétentions des partisans de Callisen sont-elles toujours justifiées? La pratique vient-elle confirmer les prévisions théoriques? C'est là ce qu'on croit, de bonne foi, avoir démontré.

L'objection première faite à la méthode de Callisen repose sur la disposition anatomique du péritoine dans ses rapports avec le gros intestin. Selon les anatomistes, chez les enfans, cette séreuse forme quelquefois un mésentère à cette partie du tube digestif, et cette disposition peut persister dans l'âge adulte. Alors, on ne pourrait pénétrer dans l'intestin qu'en ouvrant le péritoine; alors l'opération de Callisen n'existerait plus : or, a-t-on prouvé que cette disposition anormale du péritoine signalée par les auteurs n'existait pas? M. Amussat avance *qu'il n'a jamais trouvé jusqu'à présent de mésocolon lombaire*. C'est là une assertion à laquelle j'oppose l'assertion contraire de Sabatier, Boyer, de M. Cruveilhier, qui signalent l'existence d'un mésocolon, ce qui prouverait qu'ils l'ont rencontré. Je me suis livré à quelques recherches anatomiques qui prouvent que le mésocolon peut exister.

J'ai établi aussi que toujours sur *une certaine portion* du colon lombaire on peut décoller le péritoine. Mais cette portion est quelquefois très petite. Alors, malgré la précaution que l'on pourrait prendre de dilater l'intestin, il

sera difficile de trouver un pareil interstice celluleux dans une plaie aussi profonde que celle de la méthode de Callisen, et on a les plus grandes chances d'ouvrir le péritoine. Ces difficultés d'exécution n'avaient pas échappé à Sabatier.

On cite cinq cas d'individus opérés par la méthode de Callisen, *sans ouvrir la séreuse*. Mais les preuves sont-elles suffisamment établies ? Comment M. Amussat s'est-il assuré qu'à son insu il n'avait intéressé le péritoine dans aucun point? On répond que presque tous les individus opérés ont survécu. C'est très vrai et très heureux, mais cela ne prouve pas que la séreuse n'a pas été lésée. Il a pu exister, là où le péritoine a été lésé, une péritonite circonscrite qui n'a pas été mortelle; voilà tout. Toutes les opérations par la méthode de Littre n'ont pas été mortelles, et cependant cette opération fait toujours naître une péritonite.

Une autre objection, qui n'a été adressée par personne que je sache à la méthode de Callisen, est celle-ci : supposez qu'on pénètre toujours dans l'interstice celluleux sans ouvrir le péritoine, suit-il de ce fait, comme conséquence rigoureuse, que l'on évitera dans tous les cas le développement d'une péritonite? mais du fond de cette plaie pratiquée dans la région lombaire, il faut attirer l'intestin jusqu'au niveau des tégumens, et cela ne peut se faire sans décoller ou tirailler plus ou moins le péritoine; or, j'ai dit et prouvé anatomiquement que ce péritoine, au point où il ne pouvait plus être décollé, se déchirait facilement. Pour la cicatrisation des parois d'une plaie si vaste il se développera un travail phlegmatique étendu qui pourra très bien se communiquer à la séreuse. Dans la ligature de l'iliaque, on n'ouvre pas non plus le péritoine, et cependant un des plus graves accidens

de cette opération est une péritonite consécutive. Je ne veux pas établir une similitude exacte entre les chances d'une péritonite dans les deux opérations, je compare, puisque j'admets que celle de Littre la produit toujours, mais je ne veux pas non plus que l'on se croie entièrement à l'abri d'une péritonite pour n'avoir pas ouvert le péritoine. D'ailleurs voici ce qu'en pense M. Amussat : J'engage les praticiens à ne pas essayer un procédé aussi défectueux (celui de M. Breschet), qui consiste à aller ouvrir l'S du colon, sans toucher au péritoine. Il suffirait d'un simple examen pour se convaincre que le décollement du péritoine, avec une ouverture à l'intestin, expose davantage à la péritonite, que le moindre épanchement peut devenir funeste, pag. 197 et 198 du premier mémoire.

Pour résoudre pleinement ces questions, il faudrait des faits nombreux, bien observés, et nous ne possédons que les cinq cas rapportés par M. Amussat; et ces faits exposés très longuement manquent cependant de détails. Pour moi, j'y crois parce que je crois toujours à ce qu'écrit un confrère. Mais la science est plus difficile que moi. Si elle analyse la deuxième observation du mémoire de 1841, page 24, voici ce qu'elle trouve :

Il s'agit d'une femme de 60 ans affectée d'un cancer de la partie supérieure du rectum. Un anus artificiel fut établi sur le colon lombaire droit, et la malade mourut le dixième jour après l'opération. C'est le seul cas d'insuccès *primitif*, et il était important de connaître quelle avait pu en être la cause. Dans l'examen des symptômes nous trouvons, pour le premier jour qui suivit l'opération, l'abdomen un peu douloureux du côté droit et le pouls à 88 pulsations. Le second jour, il n'est plus question de la sensibilité abdominale, du nom-

bre des pulsations, et on se contente de dire que la réaction fébrile n'est pas plus forte que la veille. Le troisième jour, il existe quelques douleurs dans les fosses iliaques et le pouls est à 80. Le quatrième jour, on note un érysipèle de la face. Même insensibilité du ventre et le pouls à 80. Le cinquième jour, l'érysipèle ou l'érythème, comme le dit l'auteur de l'observation, a disparu, il y a eu des coliques, l'abdomen est un peu douloureux, le pouls est à 92. Le sixième jour, abattement, plaintes continuelles, coliques assez vives, suivies d'évacuations abondantes; le pouls a perdu de sa force et a acquis de la fréquence. Le nombre des pulsations n'est pas indiqué. *A partir de ce jour, les symptômes de l'entérite ont acquis de la gravité, malgré l'emploi de tous les moyens qui auraient dû arrêter la marche de cette affection. Les coliques sont devenues plus vives, des vomissemens sont survenus; la malade s'est graduellement affaiblie et succombe le dixième jour après l'opération.* Ainsi sur dix jours qu'a duré la maladie, nous n'avons quelques renseignemens que sur les six premiers. Il aurait été intéressant de voir si les symptômes d'une péritonite avaient existé et comment le savoir? M. Amussat nous dit qu'il s'était développé une entérite (pour moi, je me contente de son assertion), mais les esprits plus sévères trouveront difficilement les signes d'une entérite dans les quelques symptômes qu'il a bien voulu nous donner. Il en est qui pourraient bien y trouver les caractères d'une autre phlegmasie.

Voyons l'autopsie; elle est pratiquée 36 heures après la mort. La putréfaction du cadavre est assez avancée pour produire une teinte verdâtre de la paroi extérieure de la poitrine et de l'abdomen. Parmi les détails se trouvent ceux-ci : Pag. 35, lig. 29, *il n'y a pas de trace de péritonite; une très petite quantité*

de sérosité roussâtre est épanchée dans le bassin. A la pag. suivante, ligne 38, les faits sont un peu modifiés et il est dit : *Il n'existe point de liquides dans le péritoine.* Tout-à-l'heure, il n'y avait qu'un peu de liquide dans la séreuse, et maintenant il n'y en a plus. Mais poursuivons et voici la cause de l'insuccès. Page 36, ligne 32, on lit : *les intestins grêles sont enflammés dans plusieurs points ; ces traces d'inflammation sont d'autant plus marquées que l'on approche davantage de l'estomac qui lui-même en est exempt.* On a déjà dit, dans le courant de l'observation, que la malade avait succombé par une entérite ; on insiste donc beaucoup sur ces altérations pathologiques, et dans les réflexions qu'elles suggèrent on ajoute : *L'affection cancéreuse du rectum était ramollie par un travail inflammatoire qui, probablement, de proche en proche avait envahi la membrane muqueuse des intestins grêles.* Mais cette entérite, à laquelle je crois parce qu'on dit l'avoir trouvée, comment se fait-il qu'ayant son point de départ dans l'intestin rectum, elle soit d'autant plus avancée que l'on se rapproche de l'estomac? Voilà ce que diront les hommes qui veulent des descriptions exactes et non des assertions. L'inflammation a-t-elle pu, de proche en proche, envahir l'intestin grêle en partant du gros intestin qui n'était pas enflammé? M. Amussat avait probablement oublié cette circonstance notée à l'autopsie : Dans la même page (36) il dit : *Il n'y a pas d'indice bien certain d'inflammation dans le gros intestin, si ce n'est au voisinage de l'ouverture artificielle où on en voit quelques traces.* On le voit, avec de pareilles observations, où les détails les plus importans manquent, où l'on rencontre des faits contradictoires, la science ne peut se constituer et on ne peut répondre aux objections adressées

à la méthode de Callisen. Maintenant je vais accepter dans ces observations le résultat brut, compter les succès et les insuccès, examiner laquelle des deux méthodes de Callisen ou de Littre a été la plus heureuse.

La première compte cinq opérations pratiquées par M. Amussat et ainsi réparties :

1° — Femme de 48 ans. — Vécu 5 mois.
2° — Homme de 62 ans. — Succès persistant après 2 ans.
3° — Femme de 50 ans. — Succès.
4° — Femme de 60 ans. — Mort après 10 jours.
5° — Homme de 57 ans. — Vécu 3 mois.

En acceptant les faits tels que les a donnés M. Amussat, sans examiner l'opportunité des opérations pratiquées, il y a en résumé quatre succès et un insuccès.

La méthode de Littre compte un plus grand nombre de cas; je les transcris tels que M. Amussat les a publiés.

1° — Homme de 44 ans.	— Succès complet.	(Opér.	P. Martland.)
2° — Femme de 64 ans.	— Vivait après 6 mois.	(—	Pring.)
3° — Femme de 63 ans.	— Vécu 3 mois 1/2.	(—	Fine.)
4° — Homme de	— Mort au 28e jour.	(—	Pillore.)
5° — Homme de 47 ans.	— Mort 8 jours après.	(—	Freer.)
6° — Femme de	— Mort 2 jours après.	(—	Velpeau.)
7° — Femme de 47 ans.	— Mort 24 heures après.	(—	Amussat.)

Avant d'établir quelque rapport entre tous ces faits, je dois me conformer à cette règle qu'il faut toujours suivre dans l'appréciation de méthodes opératoires : exclure d'abord les insuccès qui ont eu évidemment une autre cause que l'opération. Or, dans les sept derniers faits que je viens de citer, trois doivent être rejetés.

1° Le premier est celui de Pillore. Le malade avait pris, plusieurs jours avant l'opération, deux livres de mercure; cette masse pesante n'ayant point été rendue avait entraîné

le jéjunum derrière la vessie. Au vingt-huitième jour après l'opération, quand tout danger semblait passé, quand l'intestin ouvert était adhérent au pourtour de la plaie, survinrent des accidens graves qui amenèrent la mort. Cette terminaison funeste trouve son explication évidente dans les désordres qu'avait causés le mercure resté dans l'intestin.

2° Chez la malade opérée par M. Velpeau il existait une péritonite avant l'opération; aussi ce professeur a-t-il soin de dire que ce fait dont l'insuccès était presque assuré ne prouve rien pour ou contre la méthode de Littre. En vain M. Amussat prétend-il que le malade de sa première observation avait aussi une péritonite. Il n'y a aucune parité entre les deux cas. La malade de M. Velpeau présentait une péritonite générale, développée avant l'opération, produite par une affection organique très avancée; l'autre n'avait qu'une péritonite très douteuse, circonscrite, produite par une hernie crurale, développée quatre jours après l'opération et qui a dû céder à des moyens antiphlogistiques très simples. Toute péritonite qui guérit ainsi n'est pas bien à craindre.

3° La dernière malade opérée par M. Amussat ne vécut que vingt-quatre heures, et ce chirurgien s'exprime lui-même ainsi : « Les chances de succès étaient si faibles par l'état de la malade que M. Magendie hésitait à approuver l'opération. Le froid des extrémités, la couleur livide de la peau, le pouls petit et filiforme; tout, en un mot, annonçait que la malade succomberait malgré cette opération faite trop tard, alors qu'aucune réaction ne pouvait plus s'établir. C'est-à-dire que l'opération avait été pratiquée sur un cadavre. Ces trois faits retranchés, restent

Pour la méthode de Callisen	4 succès sur 5 cas.
Pour celle de Littre	3 succès sur 4 cas.

Maintenant si on ajoute que Martin jeune et ses contemporains considèrent le fait de Pillore comme un succès, que devient la réhabilitation de la méthode de Callisen? Où est cette grande prééminence qu'on prétend avoir démontrée? Quant à moi, je crois, pour juger de pareilles questions, devoir attendre des faits plus nombreux et surtout mieux observés que ceux que possède la science. Jusque-là, tout en reconnaissant le talent développé dans cette circonstance par M. Amussat, je m'en tiendrai à l'opinion de Sabatier, de Dupuytren, Begin, Velpeau, Goyrand, etc., opinion qui est aussi celle que mon collaborateur des *Annales*, M. Marchal (de Calvi), a nettement formulée dans un article sur le premier mémoire de M. Amussat. M. Marchal s'est attaché, en outre, à faire ressortir l'incommodité plus grande d'un anus situé en arrière, comparativement à un anus situé en avant.

Somme toute : rien ne démontre encore que la méthode de Callisen doive être préférée à celle de Littre. Les faits *sincères complets* n'ont pas encore assez parlé pour résoudre définitivement la question. Le raisonnement serait plutôt en faveur de la méthode de Littre, et les autorités sont contre celle de Callisen.

M. El. Tavignot a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* (n° 69 de cette année) un cas de cancer du rectum, dans lequel on voit que les progrès de la maladie avaient déterminé la perforation de l'S du colon d'une part, et, de l'autre, celle de la vessie. Le bassin était rempli d'une masse encéphaloïde. C'était un de ces cas que caractérise une activité horriblement destructrice, et dont notre collaborateur a si heureusement tracé la description. N. D. R.

RELATION CHIRURGICALE DE LA MORT DU PRINCE ROYAL.

PAR M. MARCHAL (de Calvi).

La France a perdu un Prince qui était sa plus chère espérance. D'autres se sont faits, en temps opportun et en lieu convenable, les interprètes de la douleur publique. Je me donne aujourd'hui une tâche différente, et ce n'est pas sans un effort sur moi-même que je l'aborde. Je vais, dans le calamiteux évènement du 13 juillet, considérer spécialement le cas chirurgical.

OBSERVATION.

Le 13 du mois de juillet 1842, entre onze heures et onze heures et demie du matin, Monseigneur le Duc d'Orléans se rendait au palais de Neuilly, auprès de Leurs Majestés, avant son départ pour le camp de Saint-Omer, dont Son Altesse Royale allait prendre le commandement. Le Prince était dans une voiture dite à la Daumont, très basse, et représentant un grand cabriolet découvert, à quatre roues, derrière lequel était assis un groom. L'attelage se composait de deux chevaux vigoureux et ardens. Au sortir de la barrière de l'Etoile, les chevaux, le *porteur* surtout, s'excitèrent. Insensiblement ils *gagnèrent la main* du postillon, qui n'était plus maître de leur allure, mais qui pouvait encore les diriger. Voulant se donner plus d'espace, il les détourna à droite, dans l'*Avenue de la Révolte*, qui se continue avec la route de Saint-Denis.

Le Prince aimait à aller vite, et ne s'occupait jamais de savoir si ses chevaux s'emportaient. Tous ceux qui ont eu l'honneur de l'approcher savent que l'idée du danger, en

aucun cas, ne lui venait facilement. Ce ne dut être que lorsque le Prince vit sa voiture changer de route qu'il adressa la parole à son postillon. Celui-ci entendit la voix, mais ne distingua pas les paroles. Alors, probablement pour se faire mieux entendre et juger elle-même de la position, Son Altesse Royale se leva. Je n'irai pas plus loin, quant à présent, dans l'exposé du mécanisme de l'accident. C'est un point qui sera repris après l'histoire des symptômes, et celle des lésions constatées à l'autopsie.

Le Prince tomba. Une volonté auguste et pieuse a fait enlever les deux pierres sur lesquelles la tête de Son Altesse Royale a porté. C'étaient les deux dernières du côté gauche, à cent pas environ de l'extrémité de l'avenue, en descendant. Sur le mur, vis-à-vis le lieu de la chute, la main d'un passant a tracé au couteau les insignes de grand'croix de la Légion-d'Honneur.

M. Lecordier, propriétaire d'un petit magasin d'épicerie voisin, et deux gendarmes en vedette sur la route, accoururent auprès du Prince et le relevèrent. « C'est le duc d'Orléans, » s'écria l'un des gendarmes, qui fut ainsi le premier à constater le malheur qui frappait si cruellement la Famille Royale et la France.

Le Prince fut transporté dans le magasin de M. Lecordier. Pendant qu'on le transportait, il vomit les alimens qu'il avait pris à son déjeuner. Le vomissement est un symptôme fréquent à la suite des chutes sur la tête. M. Flourens l'a souvent observé dans ses expériences sur le cerveau (1).

Son Altesse Royale fut couchée à terre sur deux matelas, dans l'arrière-boutique.

(1) *Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux*. Paris, 1842, in-8.

Il était onze heures et demie.

Au premier bruit de l'accident, divers médecins, MM. Not, Ley, Destouches, Bommy, Putel, Deschaumes, et Vincent Duval, se rendirent spontanément auprès du Prince: MM. Pasquier père, premier chirurgien du Roi, et Pasquier fils, chirurgien du Prince Royal, ne tardèrent pas à accourir. M. Pasquier fils, qui jouissait de toute la confiance du Prince, avait été mandé expressément. Je tiens d'une personne présente, qu'à son arrivée, il y eut une exclamation qui trahissait, bien honorablement pour lui, un espoir malheureusement irréalisable. M. le professeur Blandin, et M. Blache, arrivèrent en dernier lieu.

On comprend, sans pouvoir l'exprimer, le trouble que durent éprouver ces hommes de l'art, en face de cette haute destinée que la mort, cela n'était que trop certain, allait trancher.

On se figure surtout l'émotion de M. Pasquier fils, qui, depuis si long-temps, n'avait pas quitté le Prince, qui, en Afrique, avait toujours été à ses côtés, et qui, avant de devenir son chirurgien, avait été son professeur. Car le Roi, qui a voulu que l'éducation de ses fils fût véritablement complète, avait fait apprendre l'anatomie, la physiologie et un peu de chirurgie au Prince, alors Duc de Chartres, et c'est M. Pasquier que Sa Majesté avait chargé de donner ces notions à Son Altesse Royale. Pendant six mois, le Prince disséqua, sous la direction de M. Pasquier, à l'Hôtel des Invalides. Ces faits étaient à la connaissance de beaucoup de personnes avant le déplorable événement qui me fournit si tristement l'occasion de les rappeler.

Ces études spéciales étaient, en quelque sorte, pour le Duc de Chartres, une tradition de famille. Le Duc d'Orléans,

son père, aujourd'hui notre Roi, n'avait-il pas appris l'anatomie de Desault, qui lui avait enseigné, en outre, la pratique de la saignée, et l'application des principaux bandages?

Les chirurgiens savent, d'un autre côté, que Louis XIV était aussi plein d'admiration pour l'anatomie, et qu'il avait chargé Duverney d'enseigner cette science au Duc de Bourgogne.

Non-seulement le Prince Royal avait étudié l'anatomie et la chirurgie : il aimait les chirurgiens militaires. Il les avait vus à l'œuvre, en Afrique, dans ce pays où, comme toujours, ils se montrent, selon sa belle expression, *hommes de science et braves soldats*. Tout le monde a perdu à la mort lamentable du Prince; mais nous, les chirurgiens de l'Armée, nous y avons peut-être plus perdu que tout le monde.

Revenons.

Il fallut que l'homme s'effaçât devant le chirurgien, afin que les suprêmes ressources pussent être tentées. C'est alors que commença une scène dont l'issue devait être funeste, mais qui, néanmoins, n'est pas dénuée d'une certaine grandeur qui rejaillit sur l'art. On le vit s'acharner, pour ainsi dire, au salut impossible d'une existence dont la seule prolongation pendant cinq heures devient un triomphe, quand on se représente l'énormité du mal.

Le Prince, ai-je dit, était étendu sur deux matelas. Sa tête, penchée sur sa poitrine, se balançait au gré des mouvemens que l'on imprimait au corps. Ce balancement indiquait la résolution des muscles du cou, et l'impossibilité dans laquelle ils étaient d'empêcher la tête d'obéir aux lois mortes de la pesanteur. Un jeune Allemand, employé dans une papeterie, a rempli, pendant les cinq heures qu'a duré l'agonie, le pieux office de soutenir la tête du Prince. Chaque fois que,

fatigué, il baissait un peu ses mains, la tête de l'auguste blessé tendait à retomber lourdement. Les autres muscles de la vie de relation étaient également dans la résolution, ceux de la respiration exceptés; mais l'action même de ces derniers était affaiblie; la respiration était profonde, rare et suspirieuse. La pupille était dilatée et impuissante à se contracter sous l'influence des divers moyens que l'on emploie, d'ordinaire, pour exciter son action. Le Prince n'avait plus de regard.

Les yeux étaient à demi fermés, et il avait fallu soulever la paupière pour constater l'état de la pupille. L'oreille et la bouche contenaient du sang.

M. Pasquier examina le crâne attentivement, et ne constata ni dépressions ni saillies anormales. Interrogé sur la question de savoir s'il y avait fracture, il répondit que les signes de fracture manquaient, mais que la commotion était évidente, que l'épanchement menaçait, et que c'était là qu'était le danger, la fracture par elle-même, si elle existait, n'ayant pas d'importance.

Le pouls était bas, dépressible, filiforme.

« Nous avions donc devant nous, dit M. Duval dans une note insérée dans le *Courrier Français* (1), tout l'appareil phénoménal qui caractérise les commotions cérébrales au troisième degré, c'est-à-dire une de ces complications chirurgicales contre lesquelles toutes les ressources de la science sont impuissantes. Quelles étaient l'étendue et la profondeur du mal? Fallait-il agir ou rester spectateur impassible de cette terrible scène à laquelle nous avons assisté pendant cinq heures?....

(1) On trouvera dans cette Note, comme dans le reste de cette Relation, des détails qui sortent de la question chirurgicale; mais, à moins d'apporter à la lecture de ce travail des dispositions particulières, on ne s'en étonnera point.

« Nous recourûmes aux lotions réfrigérantes sur la région frontale, aux aspirations stimulantes, aux frictions sèches. Le coma persistait ; pas un signe d'intelligence ; toujours des mouvemens automatiques (1). Il était midi. Ce fut dans ce moment qu'arriva le Roi, accompagné de la Reine, de madame Adélaïde, de la Princesse Clémentine, suivi de M. le maréchal Gérard, de MM. les lieutenans-généraux Athalin, Gourgaud, Rumigny et de M. Gabriel Delessert.

« La Reine se précipita à genoux aux pieds du grabat où était étendu son malheureux fils. Jamais désolation et amour de mère n'éclatèrent en expressions plus déchirantes. Au milieu de cette scène de désespoir le Roi seul sut maîtriser sa profonde douleur.....

« Cependant l'état du malade allait toujours en s'aggravant ; 60 sangsues furent appliquées à la base du crâne. Ce fut pendant ce moment que le Prince prononça quelques paroles fugaces, sans suite et en allemand. Il cherchait aussi à arracher les sangsues, comme s'il était sensible à la douleur qu'elles causaient. Il était alors une heure et demie ; des sinapismes furent appliqués.

(*Comme s'il était sensible à la douleur qu'elles causaient.* Il n'est pas douteux qu'il y fût sensible. Seulement il ne faut pas conclure de là que le prince eût sa connaissance. Il *percevait*, mais manifestement son esprit ne *réagissait* pas, de sorte que la perception ne devenait pas une idée, ou si l'on

(1) Ces mouvemens avaient commencé quelque temps auparavant, après une saignée pratiquée avant l'arrivée de MM. Pasquier. Cette indication était délicate : en effet, dans la commotion, une perte de sang abondante et rapide peut, de l'avis des maîtres de l'art, ajouter à la dépression des forces vitales.

veut ne se transformait pas. Ce fait montre même, rigoureusement je crois, ce qu'il manque à l'impression perçue ou sensation pour être une idée et constituer directement la connaissance. Chez notre malheureux Prince, il y avait sensibilité : il n'y avait plus sentiment).

« .... La respiration devenait de plus en plus difficultueuse, bruyante, entrecoupée ; l'illustre blessé s'agitait et exécutait des mouvemens brusques. Bientôt les mouvemens automatiques cessèrent pour faire place à un autre appareil de symptômes. Les membres inférieurs qui jusqu'alors avaient été immobiles, flasques, devinrent le siège d'un tremblement général, auquel succédèrent des contractions désordonnées, convulsives. Les articulations se fléchissaient brusquement, puis s'étendaient par intervalles irréguliers. Peu-à-peu les mouvemens devinrent moins fréquens et cessèrent enfin, laissant dans les parties, comme une raideur tétanique. Je remarquai une tension dans les masséters et un mouvement spasmodique des mâchoires. La respiration devenait stertoreuse ; le pouls baissa de nouveau et devint filiforme.... L'anxiété et le découragement étaient sur tous les visages.

« La Reine était toujours agenouillée au pied du lit de son fils mourant, invoquant le ciel, suppliant Dieu d'accorder un instant de connaissance à son fils. En échange de ce bienfait, elle offrait toute son existence. Autour de cette Reine, de la meilleure des mères, se pressait son illustre Famille, dont la consternation était non moins grande. Rien n'égalait la désolation du Duc d'Aumale, qui s'écriait sans cesse : Oh ! quand Joinville saura ce malheur ! La désolation du Duc de Montpensier était aussi bien vive. Le Roi contemplait cette scène d'affliction avec une résignation plus poignante que toutes les douleurs...

« M. Pasquier fils procéda à l'application de ventouses scarifiées et sèches sur le tronc et les membres. Des frictions éthérées et ammoniacales secondèrent ces moyens.

(Du sable chaud fut, en outre, appliqué à la plante des pieds, et l'on mit des sinapismes sur le coude-pied. Sous l'influence de cette stimulation énergique, le pouls se releva manifestement, et c'est alors qu'il y eut une fugitive lueur d'espoir.)

« Vers les deux heures, M. le curé de Neuilly, que la Reine avait demandé à plusieurs reprises, vint administrer l'extrême onction à Son Altesse Royale.

« L'état du Prince continuait à s'aggraver; les convulsions prirent une nouvelle intensité; les membres, les inférieurs surtout, étaient agités de mouvemens convulsifs, violens; leurs muscles étaient le siége d'un mouvement spasmodique continuel; la respiration devenait de plus en plus difficile, le pouls radial disparut bientôt, et vers 3 heures on n'apercevait plus que vaguement les pulsations des carotides; le globe oculaire, à demi voilé, était immobile; la pupille était dilatée et fixe. Une ecchymose s'était déclarée autour de l'œil droit.

« .... La mort était imminente. Pendant cette longue, cette pénible agonie, on recourut encore à l'emploi de quelques moyens dérivatifs. Le pouls carotidien était extrêmement faible, et même cessait d'être sensible par intervalles. Le visage pâle, les lèvres violacées; la respiration, devenue râleuse, allait aussi en s'affaiblissant, et était même suspendue par moment. Plusieurs fois on crut le Prince mort; puis une respiration profonde, luctueuse, arrachait du doute et était de nouveau suivie d'une suspension complète de tout phénomène vital.

« Ce fut une lutte pénible et affreuse, dans laquelle on voyait cette précieuse existence se ruiner et s'éteindre dans les plus cruelles alternatives. Il y avait dans les oscillations de ce souffle mourant tant de hautes destinées!... A quatre heures et demie, l'auguste agonisant rendait le dernier soupir.

« Le clergé fut introduit, et tout le monde s'agenouilla... Nous avons vu là, dans un misérable galetas, le plus triste et le plus solennel spectacle qu'on puisse contempler. Le Roi, la Reine, Princes et Princesses, ministres de la Couronne et ministres de Dieu, tous agenouillés autour d'un grabat sur lequel gisait l'héritier présomptif du trône de France, pour lequel, dans ce moment lugubre, on récitait les prières des morts.

« Il est impossible de dire toutes les douleurs qui, dans ce moment suprême, ont éclaté. Il serait surtout difficile de dire laquelle des deux souffrances était la plus grande, ou de celle de cette Reine qui, comme mère, pouvait pleurer, gémir et se désoler, ou de celle de cet auguste père qui devait opposer une royale résignation à la plus profonde affliction qui puisse accabler une âme humaine. »

On n'est pas d'accord sur les paroles que le Prince a prononcées; cela dépend de ce que, incomplétement articulées, elles n'ont pu être bien saisies. Il n'est pas étonnant que les dernières paroles de Son Altesse Royale aient été prononcées en langue allemande. Peut-être, au milieu des ténèbres de son esprit, l'image de la Princesse Royale lui est-elle apparue vaguement. Ensuite le Prince a toujours eu des valets de chambre allemands, et, au moment de sa mort, il en avait un auquel il lui arrivait souvent, ayant de la compagnie, de donner des ordres en allemand touchant le service de sa personne. Ces paroles, si imparfaitement qu'elles aient été pro-

lui, et mort avec un fracas du crâne, ni à celui de ce jeune homme qu'un mime célèbre tua d'un coup de canne. Le docteur Bennati et le jeune homme dont il vient d'être question avaient les os du crâne très minces.

Le crâne scié, on put apprécier complétement le fracas produit par la chute. Je vais ici copier un passage du résumé de l'autopsie publié par la *Gazette des Hôpitaux*.

« Désunion de la suture lambdoïde, des sutures écailleuse et mastoïdienne gauches, de la suture sphénoïdale et des deux sutures sphéno-pétrées.

« Fractures nombreuses qui peuvent être divisées en trois séries :

« 1° *Côté droit du crâne*. Une de ces fractures part du côté droit de la suture lambdoïde, passe un peu au dessus de l'angle postérieur et inférieur du pariétal, sur la portion écailleuse du temporal, s'étend dans la fosse temporale, et vient se terminer sur la grande aile du sphénoïde.

« 2° *Côté gauche du crâne*. Une autre fracture partant du côté gauche de la suture lambdoïde divise le pariétal d'arrière en avant dans la moitié de son étendue, sépare d'arrière en avant la portion écailleuse du temporal du reste de cet os. (La suture écailleuse étant désunie, comme nous l'avons dit plus haut, cette partie du temporal ne tient qu'aux parties molles.)

« 3° Une troisième fracture divise transversalement le sphénoïde au niveau de la selle turcique.

« L'ensemble des fractures et des déchirures articulaires que nous venons de mentionner établit une division du crâne en deux parties :

« Une partie antérieure et supérieure qui comprend d'arrière en avant les parties les plus élevées des pariétaux, la

portion écailleuse des temporaux, le coronal, l'ethmoïde et la presque totalité du sphénoïde ;

« Une partie postérieure et inférieure qui comprend l'occipital, les parties inférieures des temporaux et des pariétaux, et la partie la plus postérieure du sphénoïde.

« Cette division permet d'imprimer aux deux parties du crâne que nous venons d'indiquer des mouvemens de déduction, l'une sur l'autre.

« Le cerveau est très volumineux ; sa portion antérieure et inférieure jusqu'au niveau des scissures de Sylvius est réduite en détritus rougeâtre jusqu'au fond des anfractuosités. Une altération semblable, mais beaucoup plus circonscrite, existe en arrière et à droite (1). — Dans la cavité de l'arachnoïde existe un épanchement sanguin considérable. — Le tissu sous-arachnoïdien est le siége d'une infiltration sanguine très prononcée. — On trouve dans les ventricules quelques gouttes de sérosité sanguinolente. — La moelle et la colonne vertébrale ne sont le siége d'aucune lésion. »

Outre que le cerveau était très volumineux, ses circonvolutions, surtout celles de la partie antérieure, étaient fortement accusées.

L'un des nerfs optiques était rompu. Si je m'en rapporte à mes lectures, ce cas est le premier de ce genre qui ait été publié.

Poitrine. — Le thorax était bien développé. Les poumons, d'ailleurs sains et libres d'adhérences, étaient gorgés de sang

(1) M. Pasquier n'a aucun souvenir de ce dernier caractère anatomique. Il est dit aussi, dans le résumé de la *Gazette des Hôpitaux*, qu'il existait une tumeur sanguine à la partie postérieure droite de la tête. C'est une méprise. L'infiltration sanguine était uniforme. Je le tiens de M. Pasquier, qui a fait l'autopsie.

au corps lourd et contondant qui serait passé sur la tête de Son Altesse Royale, ce ne pourrait être qu'une roue de la voiture; or, comme je l'ai dit à l'Académie Royale de médecine, deux des roues étaient déjà passées au moment de la chute, et les deux autres passaient dans le moment de la chute. Il aurait fallu que la voiture revînt sur elle-même, pour qu'une roue pût passer sur la tête du Prince; or, la voiture a continué sa course directement, pour s'arrêter, par une fatalité qui rendrait plus poignante, s'il était possible, la pensée de cette calamité, à une quarantaine de pas plus loin. L'explication de M. Félix Legros n'est donc pas admissible.

On frémit quand on pense aux affreux soupçons qu'elle aurait fait naître, si l'accident était arrivé dans des circonstances moins connues. (1)

L'explication suivante, proposée par M. Tanchou, est-elle plus admissible que celle de M. Legros? On va en juger. Elle fait le sujet d'une lettre également adressée à M. le rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux* (n° du 28 juillet) :

« Monsieur le rédacteur, la lettre de M. Legros, insérée dans votrnuméro du 21, étant restée jusqu'ici sans réponse, des médecins m'ont engagé à vous communiquer l'explication suivante de l'accident que tout le monde déplore.

« En lisant les détails de l'autopsie de Monseigneur le Duc d'Orléans, je me suis tout de suite figuré qu'il était tombé

(1) Dans une lettre qui vient de paraître (*Gazette des Hôpitaux* du 9 août), M. Legros se montre avec beaucoup de sincérité, moi-
dans son explication, et il déclare plus fondée celle
bien dire que celle-ci s'appuie sur une *judicie*
pelle l'axiome *facta potentiora verbis*.

sur les pieds. Il est impossible de concevoir autrement la fracture de la selle turcique, d'une grande aile du sphénoïde, la désunion de la suture écailleuse du temporal, des sutures sphéno-pétrée, lambdoïde, sphénoïdale, écailleuse et mastoïdienne gauche, etc.

« Le Prince aura sauté hors de sa voiture comme il avait l'habitude, et probablement à pieds joints à cause de la portière qu'il avait à franchir, de son uniforme et de son pantalon fortement monté; il ne pouvait sauter autrement. Dans cette hypothèse, il sera tombé sur les talons, le corps raide et le jarret tendu. La commotion se sera communiquée par la colonne vertébrale à la base du crâne, où elle a produit tout le désordre que nous venons de signaler, excepté les contusions de la joue droite, du sourcil droit, du front, des genoux et de la hanche, qui se sont produites quand le corps sera arrivé horizontalement sur le sol. Quant à la tumeur sanguine à droite et derrière le crâne, elle résulte de la grande quantité de vaisseaux qui existent dans cette partie, et vient justement à l'appui de l'explication que j'ai donnée.

« Si Monseigneur le Duc d'Orléans était tombé de sa voiture, la tête aurait porté la première sur le pavé; les contusions du visage et de la tête eussent été plus fortes, et le crâne eût été enfoncé ou fracturé et étoilé sur ce point... Agréez, etc. »

Ainsi, M. Tanchou regarde la fracture observée chez le Prince comme impossible à concevoir autrement que par une chute sur les talons, le corps étant raide : en quoi je suis d'un avis bien différent; car, au contraire, je ne puis m'expliquer d'aussi énormes lésions du crâne par une simple chute sur les talons. Il y a manifestement disproportion entre cet effet et cette cause. Je me trompe bien, ou cet avis a été générale-

ment partagé à l'Académie. Ainsi, la fracture du Prince n'est pas explicable par le mécanisme que suppose M. Tanchou : et, quant à ce qu'on ne puisse l'expliquer autrement, c'est une opinion sur laquelle, j'en suis sûr, cet estimable confrère reviendra, lorsqu'il aura pris connaissance de l'expérience dont j'ai déjà parlé et qui sera exposée en son lieu. Dans l'hypothèse de M. Tanchou, le Prince, d'abord tombé sur les talons, serait ensuite tombé sur la face; mais alors pourquoi cette contusion sur la région trochantérienne gauche, et pourquoi cette énorme infiltration sanguine de la partie postérieure de la tête? M. Tanchou attribue cette infiltration aux nombreux vaisseaux sanguins qui sont dans cette partie, et il a bien raison. Mais, apparemment, il a fallu que ces vaisseaux fussent atteints pour se rompre. À la vérité, M. Tanchou suppose qu'ils se sont rompus par contre-coup. Mais je doute que cette supposition ait l'assentiment des chirurgiens. (1)

Voici, maintenant, l'explication à laquelle je me suis arrêté, et qui ne diffère, comme on le verra, de celle de M. Pasquier, que par une circonstance secondaire.

La voiture est emportée. Le Prince, se voyant dans une route qui n'est pas celle qu'il doit prendre, adresse la parole à son postillon; celui-ci, occupé de ses chevaux, étourdi par le bruit, ne distingue pas ce que Son Altesse Royale lui dit, et ne répond pas. Alors le Prince se lève. Le groom se lève également, et il *voit* le Prince debout. Aussitôt,

(1) Dans sa seconde lettre, M. Legros dit expressément qu'il ne comprendrait pas des lésions du crâne aussi étendues que celles observées chez le Prince, par un contre-coup, la chute ayant eu lieu sur les talons, *quand même le corps serait tombé du haut des tours de Notre-Dame.*

comme son devoir le commande, il descend pour courir à la tête des chevaux et les arrêter. La voiture oscille. Le Prince est renversé. Il tombe sur le côté gauche et en arrière, la tête la première. La force de la chute est en raison du poids du corps, multiplié par la vitesse extrême du mobile dont il faisait partie. La tête porte à l'extrémité d'un arc de cercle mesuré par la hauteur du Prince, à laquelle il faut ajouter celle de la voiture. *Le Prince se relève*. Un garçon de caisse se trouvait non loin du lieu de la chute. Il n'a pas vu le Prince tomber, mais il l'a vu se relever et retomber.

La voiture oscille : mais comment a-t-elle oscillé? Il faut savoir d'abord que cette voiture est montée sur des ressorts tellement flexibles qu'elle est un véritable tremplin. Une personne de ma connaissance en a fait l'expérience en s'y mettant debout. Cette personne était bien prévenue, et cependant elle a failli tomber. Maintenant, il est pour moi tout-à-fait probable que c'est le groom, en *descendant*, qui a imprimé à la voiture la secousse par suite de laquelle le Prince est tombé. On comprend, en effet, qu'il n'a pu *descendre à droite* sans tirer sur la voiture dans ce sens, et lui faire exécuter un mouvement brusque de droite à gauche.

On avait pensé que le Prince, en se levant, avait déprimé le ressort, et que c'était le redressement subit de celui-ci qui l'avait rejeté hors de la voiture. Mais cela semble difficile, puisque le groom a *vu* le Prince debout.

On ne s'étonnera pas que le Prince ait pu se relever. Les auteurs citent des faits bien plus extraordinaires. Le secrétaire perpétuel de l'Académie Royale de médecine, M. Pariset, dit dans une note de l'ouvrage de Legallois, qu'un Hongrois qui eut la tête tranchée dans un combat, n'en con-

tinua pas moins à se tenir en équilibre sur son cheval, pendant un moment. Je passe sur vingt autres faits.

Mais voyons si les lésions s'accordent avec l'explication que je viens de donner. Pour que cette explication soit pleinement satisfaisante, il faut que pas une de ces lésions ne reste en dehors d'elle.

Ces lésions, bien entendu, ne peuvent expliquer si le Prince est tombé par le redressement du ressort ou par la secousse que le groom a dû imprimer à la voiture. Elles ne peuvent qu'expliquer le mode de la chute, abstraction faite de la cause déterminante.

Elles doivent être rangées en deux classes :

La première comprenant le gonflement ecchymotique de la partie externe de la région dorsale de la main gauche, la contusion de la région trochantérienne gauche, l'infiltration sanguine de la partie postérieure de la tête, enfin les fractures et les disjonctions des sutures, plus considérables à gauche qu'à droite.

La seconde : les traces de contusion sur la joue droite, sur le sourcil droit et sur le côté droit du front, ainsi que sur le devant des genoux.

Les lésions de la première classe sont le résultat de la première chute, et celles de la deuxième classe sont le résultat de la seconde chute.

Ainsi :

1° Le Prince est renversé sur le côté gauche de la route et par le côté gauche de sa voiture ; il tombe naturellement en arrière et sur le côté gauche. De là, les contusions de la région dorsale de la main gauche, de la région trochantérienne gauche, l'infiltration considérable de la partie postérieure de la tête, et ces énormes lésions osseuses, qui, ayant pour point

de départ la partie postérieure et gauche du crâne, sont plus considérables à gauche qu'à droite ;

2° Le Prince se relève, mais il ne peut se soutenir et retombe en avant, entraîné par le poids des viscères : de là les traces de contusion de la joue droite, du sourcil droit, du côté droit du front, et du devant des genoux.

Que le Prince soit tombé sur la partie postérieure de la tête, cela ne souffre pas même l'ombre du doute. Pour ne pas embarrasser la démonstration, j'ai négligé jusqu'ici de parler de cette attrition du cerveau à la partie antérieure, attrition telle que la substance cérébrale se délayait en bouillie sous le courant d'eau que l'on y faisait tomber avec une éponge. Cette attrition, dans ce point, ne pourrait s'expliquer que de deux manières : par un coup ou par un contre-coup. L'idée d'un coup n'est pas admissible, attendu que les parties molles du front eussent présenté des lésions bien autres que celles qui y ont été observées, et que l'os frontal eût été brisé. Il faut donc admettre que le cerveau a été contus par contre-coup, et alors il est naturel de placer le siége du coup à l'opposite du contre-coup, c'est-à-dire en arrière.

Il n'est pas douteux non plus que le Prince soit tombé sur le côté gauche. Déjà la plus grande violence des lésions osseuses à gauche le prouve. Ensuite, je vois dans le *Journal des Débats* du jeudi 4 août, que l'une des trois étoiles d'argent de lieutenant-général qui figurent sur la coquille de l'épée que portait le Prince, le jour de la catastrophe, a été presque entièrement effacée par la chute. Ce fait est aussi rigoureusement démonstratif que possible. Chacun sait, en effet, que l'épée se porte à gauche. On voit tout de suite comment le Prince a dû tomber, quand on se rappelle qu'il portait son

épée très en arrière. Il est probable qu'au moment de la chute la main gauche tenait l'épée, que Son Altesse Royale avait saisie pour se lever, comme on le fait généralement dans ce cas, circonstance qui expliquerait très bien la contusion dorsale de cette main.

Je lis dans la *Gazette des Hôpitaux* une note rédigée à la suite de ma communication à l'Académie, par un membre de ce corps savant. Voici cette note, qui n'est point signée :

« Ne tenant pas assez compte de l'immense différence qu'il y a entre une voiture entraînée par un mouvement médiocrement rapide, et une voiture qu'emportent des chevaux lancés au grand galop, le Duc d'Orléans a cru pouvoir sauter de la sienne sans beaucoup plus de danger qu'il n'en trouvait à le faire ordinairement. Mais à peine les pieds du Prince ont-ils eu touché le sol, que son corps, resté jusqu'à cet instant dans la position verticale, est devenu un levier dont l'extrémité supérieure, cédant au mouvement rapide d'impulsion imprimé par la voiture, a dû frapper violemment contre le pavé de la route ; de là les fractures, etc. » Il n'échappera pas que cette explication diffère essentiellement de celle de M. Tanchou.

Mais, 1° un homme qui tombe de voiture sur les pieds, perd, par le fait même de cette chute, une grande partie de la vitesse que le mobile lui avait communiquée, et alors un fracas des os, comme celui du Prince, n'est plus concevable.

2° Pourquoi le Prince serait-il tombé en arrière, au lieu d'obéir au poids des viscères, qui devait l'entraîner en avant ;

3° Pourquoi le Prince aurait-il sauté à gauche de la voiture. Un gaucher se jetterait à gauche, mais il est bien plus naturel qu'un droitier se jette à droite ;

4° Enfin, c'est une question de savoir si un corps vivant qui fait partie d'un mobile est, dans tous les cas, dans les mêmes conditions qu'un corps inerte, et si, en vertu de l'action musculaire, par l'effet d'un mouvement contrarié, il ne peut pas, en quelque sorte, réprimer l'impulsion et s'enlever une partie de la vitesse communiquée par le mobile.

Donc le Prince ne s'est pas jeté; il est tombé, et sa volonté n'a été pour rien dans l'horrible malheur qui l'a frappé!

Telle est l'explication qui m'est commune avec M. Pasquier. Il n'y a qu'un point dont je dois seul supporter la responsabilité. C'est moi, en effet, qui ai supposé que c'était le groom qui avait déterminé, en descendant de voiture, la secousse par suite de laquelle le Prince avait été précipité : version que M. Pasquier, toutefois, ne serait pas éloigné d'adopter. Peu importe d'ailleurs la circonstance qui a produit la secousse, ce qui doit rester établi, c'est qu'il y a eu secousse, que le Prince est tombé à la renverse, et qu'il s'est redressé pour retomber en avant (1). Voici une expérience qui achèverait, s'il en était besoin, de démontrer que le Prince a reçu le coup de mort en tombant sur la nuque.

Expérience propre à déterminer le mécanisme de la chute du Prince Royal.

Je pris un sujet d'une taille assez élevée, d'une complexion analogue à celle du Prince, et de l'âge de 28 à 30 ans. Ce sujet était entier, c'est-à-dire qu'on n'en avait point fait l'autopsie et qu'il avait tous ses viscères, circonstance importante,

(1) Il va sans dire que ce redressement a été purement mécanique, et que la volonté, dès ce moment abolie, n'y avait aucune part.

comme on le verra. L'ayant fait placer debout sur une table d'amphithéâtre haute d'un mètre environ, et deux infirmiers le maintenant par les extrémités inférieures, je montai moi-même sur la table, vis-à-vis du sujet, que je saisis par les épaules. Je commandai aux infirmiers de le lâcher, et immédiatement je le jetai contre les dalles de l'amphithéâtre. Il tomba à la renverse, la tête la première, un peu sur le côté gauche. Il fut aussitôt relevé et étendu sur la table, après quoi je m'occupai de mettre à nu les os du crâne. J'avais la certitude que ces os avaient été fracturés; le bruit produit au moment de la chute ne m'avait pas laissé de doute à cet égard. Mais comment et jusqu'à quel point étaient-ils fracturés? C'est ce que j'avais le plus grand désir de savoir. Le sujet était mort de maladie aiguë, et dans un état de réplétion du système veineux. Les artères, comme je le vis ensuite, étaient vides, mais les veines étaient pleines. Aussi existait-il une véritable infiltration sanguine de toutes les parties molles de la partie postérieure du crâne. La couleur de cette infiltration était d'un *rouge assez vif*. Une véritable bosse sanguine sous-aponévrotique, d'une belle couleur rouge, existait dans la région temporale droite.

Mais un caractère anatomique qui me surprit beaucoup et qui, à proprement parler, excita mon admiration, ce fut l'imbibition sanguine des os dans toute la partie postérieure du crâne. J'avoue qu'avant cette expérience je ne me faisais pas une idée de la pénétration du tissu spongieux des os par le sang.

Involontairement je me rappelai la pratique de Belloste, qui perçait le crâne dans plusieurs points pour donner issue aux liquides, et je me demandai si cette pratique n'était point fondée sur une indication rationnelle, celle de fournir une issue

au sang ainsi épanché dans le tissu osseux. J'entrevis même quelque chose de plus frappant, touchant la disposition des vaisseaux dans le diploé, mais sur ce point j'ai besoin d'expérimenter de nouveau. Cette infiltration m'a fait saisir dans sa formation un phénomène encore peu étudié, la contusion des os.

Le crâne, dans la partie qui avait porté sur le pavé, était enfoncé de toute son épaisseur. Diverses fractures partaient du sommet de l'occipital et se portaient à droite et à gauche en avant. Les sutures lambdoïde, sagittale, mastoïdienne gauche, etc., étaient désunies. Le dégât était tel que plus tard il me fallut retenir les diverses pièces du crâne à l'aide de fils de laiton. L'une des fractures avait ses bords écartés, et l'écartement était rempli par du sang caillé. Les fractures étaient nombreuses, mais dans leur disposition générale elles offraient une ligne courbe qui, du sommet de l'occipital, se portait de chaque côté vers les fosses zygomatiques où il devenait impossible de les suivre. Le crâne fut alors scié circulairement, et le cerveau enlevé. La fracture se continuait à droite et à gauche, le long des rochers, et coupait transversalement la selle turcique, dont la lame supérieure avait éclaté. Je l'avoue, j'espérais le succès, mais je ne comptais pas sur une confirmation aussi complète. J'ai fait préparer la pièce, et je l'ai présentée à l'Académie. Certes, le sujet, dans son point de départ, était trop triste pour qu'il pût y avoir lieu à une satisfaction quelconque; sans cela, cette satisfaction je l'eusse trouvée dans la bienveillance générale avec laquelle ma communication a été accueillie. L'identité des lésions avec celles du Prince a frappé d'étonnement tous les assistans. Pour que rien ne manquât à la ressemblance, le cerveau, chez mon sujet, était sensiblement moins ferme

à la partie antérieure que dans tout le reste de son étendue. Je ne dois pas omettre un détail intéressant. L'artère carotide interne était avoisinée par des esquilles, et cette circonstance m'a fait comprendre une observation de L. J. Sanson (*Hémorrhagies traumatiques*, p. 197), observation qui, toutefois, restera toujours douteuse, comme le dit bien M. Chassaignac, dans un travail très instructif, et que je puis appeler précieux (*Des Plaies de la tête*, thèse de concours, 1842).

J'ai voulu répéter l'expérience sur un autre sujet; mais celui-ci avait été ouvert, et on lui avait même enlevé tous les viscères abdominaux et thoraciques. Aussi le dégât fut-il infiniment moindre.

Des lésions aussi considérables que celles de mon premier sujet, résultat d'une chute sur la tête, de trois pieds de haut environ, étonnent au premier abord; mais on ne tarde pas à les comprendre. C'est ici le lieu de dire quelques mots sur le danger comparatif des chutes sur la partie postérieure de la tête et de celles sur la partie antérieure. Les premières sont plus dangereuses. De deux hommes tombant de la même hauteur, l'un sur la partie postérieure de la tête, l'autre sur la partie antérieure, le premier tombe de plus haut que le second. En effet, l'un ne peut se fléchir et l'autre se fléchit, et, en se fléchissant, il rapproche sa tête du sol. La tête, chez le premier, porte à l'extrémité d'un arc de cercle plus étendu que chez le second. Conséquemment, l'un tombe de plus haut que l'autre, ou, si l'on préfère, la tête de l'un tombe de plus haut que la tête de l'autre. En outre, l'un, celui qui tombe en avant, garantit sa tête avec ses membres supérieurs, qui assument à leur détriment une partie de la violence; l'autre est privé de ces protecteurs naturels. Enfin, le premier frappe la terre par une large surface, qui peut être

représentée à-la-fois par l'abdomen, la poitrine, la face et le front; l'autre heurte le sol par une partie beaucoup plus circonscrite et ordinairement très saillante, la portion de la boîte crânienne qui se trouve au-dessus de la protubérance occipitale externe; or, à intensité égale de la cause, le dégât sera d'autant plus considérable que celle-ci agira sur une surface plus circonscrite.

NATURE DE L'ACCIDENT ET MÉCANISME DE LA MORT.

L'accident du Prince consistait-il dans un *écrasement de la voûte du crâne*, comme on l'a écrit dans la *Gazette des Hôpitaux?* Dupuytren désignait ainsi les lésions de la tête produites par la chute d'une poutre, d'une bombe ou d'un corps pesant analogue. Dans le cas du Prince, le crâne a été rompu, mais on ne peut pas dire qu'il ait été écrasé.

Au reste, fracture ou écrasement, ce n'était là, en quelque sorte, que la partie extérieure de la lésion. On ne meurt ni d'un écrasement, ni d'une fracture du crâne. On meurt de ce qui se passe à l'intérieur de cette cavité.

Le Prince est mort d'une commotion du cerveau portée jusqu'à la contusion, et compliquée d'épanchement sanguin.

La contusion et la commotion cérébrales diffèrent-elles essentiellement, ou sont-elles des degrés différens d'une même lésion? Il faut distinguer. La contusion du cerveau varie : elle est directe ou indirecte. La contusion directe diffère de la commotion. La contusion indirecte n'en diffère pas : le mécanisme est le même; seulement, pour que la contusion ait lieu, il faut que la commotion soit plus forte.

Quant au mécanisme de la commotion, mon vénérable maître, M. Gama, ancien chirurgien en chef du Val-de-Grâce, l'a fait très bien comprendre au moyen d'une ingé-

nieuse expérience. Ayant rempli une fiole à parois minces d'une substance analogue, pour la consistance, à la substance cérébrale (de la colle de poisson fondue), et ayant mis dans cette fiole des fils diversement dirigés, il a vu, sous les chocs qu'il imprimait aux parois de la fiole, la substance contenue et les fils effectuer des mouvemens qui donnent une idée exacte de ceux qui doivent se passer dans le cerveau commotionné. J'ai fait moi-même une expérience touchant le mécanisme de la commotion, mais j'aurai à la répéter pour en tirer tout ce que je crois qu'elle peut donner. J'ai pratiqué à la partie antérieure du crâne, au moyen de quatre traits de scie, une fenêtre qui mettait le cerveau à nu, puis j'ai fait porter un grand coup de maillet sur la partie postérieure de la tête; le cerveau a manifestement avancé. Mais il aurait fallu déduire de cette expansion ce qui revenait à l'élasticité du cerveau, et c'est ce que je n'ai point fait.

Le cerveau, chez le Prince, n'a pu se remettre de la violente commotion qu'il avait éprouvée, et le sang épanché a dû seconder l'effet dépressif de la commotion.

Maintenant, quel a été le mécanisme de la mort? En d'autres termes, comment, par suite de la lésion cérébrale, la mort est-elle survenue? Cela revient à la question de savoir comment les fonctions s'éteignent par la mort du cerveau, question posée et élucidée par Bichat. C'est la respiration qui commence à ressentir les effets de l'affaiblissement de l'action cérébrale. Les phénomènes mécaniques de cette fonction, et par suite ses phénomènes chimiques se ralentissent. Le cœur diminue son action en proportion. Ses battemens et les mouvemens respiratoires s'affaiblissent de concert, jusqu'à ce qu'ils cessent. Chez le Prince, les poumons étaient gorgés; cette circonstance

est confirmative de la théorie de Bichat. Le sang trouvé dans la plèvre était le résultat d'une exsudation à travers la séreuse pulmonaire, phénomène qui n'est pas plus difficile à comprendre là que dans d'autres séreuses ou synoviales, dans lesquelles il n'est pas rare.

La mort était inévitable; il y a à s'étonner seulement qu'ce n'ait pas été plus prompte; elle l'eût été sans les moyens énergiques qui ont été mis en usage par M. Pasquier. A supposer, par impossible, que le Prince eût pu échapper aux accidens primitifs et aux accidens consécutifs, la vie eût été pour lui pire que la mort, car elle aurait été achetée, selon toute vraisemblance, au prix des mouvemens volontaires, et d'une partie de l'intelligence, sinon de l'intelligence entière.

CAS ANALOGUES.

Pour l'énormité des lésions osseuses, le seul cas comparable qui se trouve dans la thèse si riche de M. Chassaignac est celui dont il est question dans le passage suivant :

« J'ai vu, à la Société anatomique, un cas où les fractures et disjonctions de sutures se trouvaient combinées de manière à produire une division de la totalité du crâne en deux moitiés latérales; c'est chez une femme qui était tombée d'un troisième étage. Sur cette pièce, on observait l'écartement de la suture médiane du frontal et des pariétaux et la fracture de l'occipital, en suivant la même ligne. La fracture se continuait en bas, en passant par le milieu de l'apophyse basilaire et de l'ethmoïde, de manière que le crâne se trouvait divisé en deux moitiés latérales. »

On trouve, dans les leçons de Dupuytren, un exemple analogue à celui du Prince, quant à la cause : c'est le fait du banquier R..., qui fut précipité violemment d'un tilbury, aux

Champs-Elysées, et qui guérit avec un enfoncement de la moitié de l'os frontal.

J'ai vu mourir, à Alger, de la même manière que le Prince, un Arabe qui, étant venu à l'hôpital porter une dépêche, repartit ventre à terre, et fut, au détour de la route, précipité par son cheval, qui manqua des quatre pieds. Mais, en raison des préjugés du pays, l'autopsie ne put être faite.

Charles VIII, que plusieurs de nos historiens font mourir d'apoplexie, a succombé à une lésion traumatique de la tête. Cet exemple est des plus remarquables. Le coup ne fut pas assez fort pour produire une commotion, et il le fut assez pour déterminer un épanchement sanguin mortel; car on ne pourrait attribuer la mort à une autre cause que la compression. Je laisse parler Anquetil : « Il était (Charles VIII), en 1498, à Amboise, où son goût, peu d'accord avec l'état des finances, lui faisait élever des bâtimens somptueux. Voulant faire voir à la reine une partie de paume établie dans les fossés, il se heurta la tête, malgré sa petite taille, contre la porte d'une galerie sombre qu'il avait déjà ordonné d'abattre; la douleur ne fut pas apparemment considérable, ou il la négligea, mais en revenant par cette même galerie, il y tomba tout-à-coup sans mouvement et sans connaissance. Pendant neuf heures qu'il resta dans ce lieu, parce qu'apparemment on n'osait lui faire courir le risque du transport, il ne prononça que quelques paroles sans suite, et mourut sous les yeux de tous ceux qui voulurent entrer auprès de lui, et qui l'approchaient indistinctement, sans qu'il paraisse d'autre raison de cette espèce d'abandon que le trouble où on était qui empêchait de donner des ordres convenables. »

Un autre Roi de France, Henri II, est mort aussi d'une lésion traumatique de la tête.

Ce fut en 1559 que ce Roi, courant en lice dans la rue St-Antoine, vis-à-vis les Tournelles et la Bastille, fut frappé d'un coup de lance au-dessus du sourcil, par Gabriel, comte de Montgomery, capitaine de sa garde écossaise. « Ce seigneur, disent les *Mémoires pour servir à l'histoire de France,* fut comme forcé par le roy de courir et tirer contre luy, Sa M. luy fit même bailler une lance en disant : Je ne courreray plus que cette fois, c'est un coup de faveur ; le roy étant tombé du coup, il fut porté aux Tournelles, où il deceda onze jours après, scavoir le 10 juillet..... » Ambroise Paré nous a transmis les détails de l'autopsie de ce prince. L'auteur, anticipant sur Bichat, vient de dire comment les lésions du cerveau amènent le défaut de respiration « pour ce que, dit-il, les muscles qui ont mouvement du cerveau et de l'épine médullaire, par l'esprit animal envoyé par les nerfs, ne peuvent esleuer ledit thorax, parce qu'ils sont privés de la faculté, et par tels accidents la mort s'en suit », et il ajoute : « Tous lesquels accidents, ou la plus part, on a veu advenir au feu roy Henry, dernier decedé, lequel au tournoy receut un très-grand coup de lance au corps, qui fut cause luy esleuer la visière, et un esclat du contre-coup luy donna au-dessous du sourcil dextre, et luy délacera le cuir musculeux du front, près l'os transversalement iusques au petit coin de l'œil senestre, et avec ce plusieurs petits fragmens ou esquilles de l'esclat demeurerent en la substance dudit œil, sans faire aucune fracture aux os. Donc, à cause de telle commotion ou esbranlement du cerveau, il deceda l'onziesme iour apres qu'il fut frappé. Et apres son decez, on luy trouva en la partie opposite du coup, comme environ le milieu de la commissure de l'os occipital, vne quantité de sang espandu entre la dure-mère et pie-mère, etc. ; altéra-

tion en la substance du cerveau, qui estoit de couleur flaue ou iaunastre, enuiron la grandeur d'vn poulce. Auquel lieu fût trouvé, commencement de putrefaction, qui furent causes suffisantes de la mort advenuë audit seigneur, et non le vice de l'œil seulement. Aquoy neantmoins quelques-uns ont voulu referer la cause de sa mort. »

L'analogie entre cette lésion et celle de notre infortuné Prince est parfaite. C'était aussi une commotion portée jusqu'à la contusion du cerveau, et cet organe, comme chez le Prince Royal, avait été contus à l'opposite du coup. Seulement le coup avait frappé en avant au lieu de frapper en arrière, différence qui n'en est pas une pour le mécanisme.

Henri II est mort d'une encéphalite consécutive, comme serait mort, s'il avait pu survivre aux premiers accidens, le Prince à jamais regrettable, dont le cercueil, par un privilège qui vaut mieux que tous les éloges, a mérité les larmes d'un Peuple.

Au moment où je termine ce travail, mon collègue, M. Mercier, rédacteur en chef de l'*Examinateur médical*, a la bonté de me faire parvenir en épreuve l'observation suivante, qu'il a recueillie pendant son internat à Bicêtre :

« Un aveugle de Bicêtre, d'une forte constitution et d'une belle stature, âgé d'environ 40 ans, se promenant, le 27 juillet 1834, sur la route de Fontainebleau, fut renversé par un tilbury. Pansé et transporté presque aussitôt à l'hospice, sur un brancard, il mourut en chemin.

« J'en fis l'autopsie 13 heures après la mort. La chaleur était encore très prononcée ; mais déjà il existait une rigidité

cadavérique extrême. Le cadavre n'offrait aucune lésion à l'extérieur; seulement il y avait *à l'occiput* une plaie de 2 pouces de longueur environ et s'étendant jusqu'au crâne, avec extravasion de sang tout autour. En outre, une très légère ecchymose de 5 ou 6 lignes de diamètre se trouvait sous les tégumens qui recouvrent la fosse temporale gauche.

« Après avoir dénudé le crâne, je vis une fracture occupant à-peu-près la partie moyenne de l'occipital, commençant à un pouce de l'angle supérieur de cet os et s'étendant jusqu'au trou occipital; cette fente présentait une ligne d'écartement et donna issue à environ deux onces de sang.

« Le crâne étant *scié*, je trouvai à l'endroit de la chute, du sang épanché sur la dure-mère; il y en avait en outre à la surface du cerveau, dans la cavité arachnoïdienne. Le sang qui était coagulé existait en quantité notable à gauche; il y en avait moins à droite. On constata que, dans toute son étendue, la fracture existait à une ligne et demie de la crête occipitale interne, et que le confluent des sinus était ouvert.

« A la base du crâne je rencontrai les lésions suivantes : la portion interne du rocher droit était fracturée précisément au niveau de l'oreille moyenne, de sorte qu'elle ne tenait plus au reste que par la carotide qui la traverse. Lorsque je l'eus détachée, la membrane du tympan apparut parfaitement intacte sur le fragment externe : aussi ne voyait-on pas dans le conduit auditif externe la moindre trace de sang. En arrière du rocher, cette fracture se prolongeait sur l'occipital, non loin du trou du même nom, qu'elle contournait en partie, sans rejoindre celle quc j'ai décrite en premier lieu. En avant, elle s'étendait suivant la gouttière du sinus caverneux. Arrivée au trou optique droit, elle changeait de

nouveau et se terminait insensiblement à une ligne au-devant du trou grand-rond de ce côté.

« Au moment de faire l'autopsie, il était sorti une grande quantité de sang par la bouche et par le nez. On voit combien cela s'explique facilement par la fracture du sphénoïde.

« Rien de notable dans le cerveau. Nerfs optiques atrophiés.

« Estomac gorgé de vin, de pain et de morceaux de viande, d'un rouge bien plus vif à l'extérieur qu'au centre. Nous eûmes lieu de penser que cet homme était en état d'ivresse, ce qui malheureusement n'est que trop commun à l'hospice de Bicêtre. »

Ainsi un homme est renversé par un tilbury, et il tombe sur la partie postérieure de la tête; il se fracture la base du crâne, et la fracture présente la plus grande analogie avec celle du Prince. Si les faits s'éclairent l'un par l'autre, l'observation de M. Mercier confirme d'un manière frappante ce que j'ai dit relativement au mode suivant lequel le Prince est tombé.

RÉSORPTION DU PUS DES ABCÈS.

A M. le rédacteur gérant des ANNALES DE CHIRURGIE.

Monsieur,

L'honneur que vous avez bien voulu faire à ma thèse en consacrant un long article à la discussion des diverses théories qui y sont exposées, m'impose d'abord le devoir de vous remercier de la bienveillance et de l'atticisme qui ont guidé vos critiques : c'est en ces termes, Monsieur, que je com-

prends les luttes scientifiques, et la vérité pour être *vraie* n'a besoin ni d'amertume ni de rudesse.

Mais à côté de l'infection purulente qui occupe dans ce travail la plus grande place, il y a une théorie nouvelle de la résorption spontanée des abcès, qui a nécessité pour sa découverte et son établissement bien des essais variés : sa nouveauté même lui a donné quelque prix à mes yeux, et si la *paternité* ne m'abuse, il me semble que la netteté des résultats et la manière tranchée dont ils sont obtenus donnent à cette nouvelle théorie un grand degré de certitude : elle est simple comme ce qui est vrai.

Permettez-moi de vous la rappeler, et en même temps de demander pour elle votre examen et même votre critique ; vous m'avez fait désirer, Monsieur, d'y être soumis plus souvent encore.

Plus tard je répondrai à quelques objections que vous me présentez sur les doctrines émises dans ma thèse sur l'infection purulente. Entrons donc en matière.

Quelquefois, sans trouble notable de l'économie, on voit disparaître sous l'influence de causes inappréciables ou inappréciées, des collections purulentes sur l'existence desquelles il ne restait d'ailleurs aucun doute.

Ce passage du pus dans le sang, inoffensif dans ce cas, alors que, dans d'autres circonstances sa présence entraîne de graves accidens, était une anomalie qui devait fixer vivement l'attention et être diversement interprétée. Les hypothèses, comme toujours, ne firent pas défaut, mais ici je m'abstiendrai de les combattre pour ne considérer que le cas en lui-même.

J'avais observé qu'on trouvait de l'albumine dans l'urine des individus qui succombent à la suite de l'infection puru-

lente; plus tard il m'a été donné de retrouver encore ce principe dans la sécrétion urinaire chez des individus qui présentaient des phénomènes de résorption spontanée d'abcès : la simple observation de ce qui se passe dans ces cas nous montre la disparition d'une affection connue coexistant avec l'apparition dans l'urine d'un élément nouveau. La chimie, et dans ces limites son témoignage est incontestable, nous a, d'ailleurs, appris que la sérosité qui constitue la majeure partie du pus contient de l'albumine, et c'est ce principe que nous trouvons dans l'urine, ou, en d'autres termes, nous voyons l'albumine disparaître d'un côté pour se montrer d'un autre. La conclusion était alors simple et immédiate; c'est que la sérosité du pus, reprise par l'absorption était portée au dehors de l'organisme, entraînée par les sécrétions. Mais si nous avons ainsi quelques lumières sur ce que devient la sérosité, il nous reste à savoir quel sera le sort de la partie crémeuse insoluble qui constitue les globules du pus, et que son état d'insolubilité rend incapable de suivre la même voie.

Dupuytren et d'autres anatomistes après lui ont rencontré dans les lieux anciennement occupés par des abcès froids spontanément résorbés, une matière jaunâtre, comme grasse et résineuse, assez semblable à l'adipocire. Maintenant appelons-en à l'expérience, et personne ici ne pourra décliner sa compétence; nous avons affaire à des produits en dehors de l'organisme et sur lesquels les lois vitales ont perdu leur empire.

Si, après avoir enfermé du pus dans une membrane on place le tout au milieu d'un corps absorbant, on voit peu-à-peu le kyste artificiel diminuer de volume; et, enfin, quand tout a été complétement desséché, on trouve dans la mem-

brane une substance jaunâtre, onctueuse, présentant l'analogie la plus grande, pour ne pas dire une parfaite identité avec ce qu'on rencontre dans les anciens abcès spontanément résorbés.

En effet, le pus est constitué par deux élémens principaux :

1° De la sérosité ;

2° Une matière insoluble.

Formé au sein des parties organiques, ce liquide n'est pas en contact direct avec elles ; il en est séparé par une membrane qu'on a appelée *pyogénique*, et à laquelle le nom de *pyogénée* conviendrait mieux, car elle se forme dans les expériences précédentes à l'intérieur de l'enveloppe inerte qui renferme le pus, et elle présente à la suite de cette formation tout artificielle, exactement le même aspect villeux et la même texture lamelleuse et plastique qui caractérisent la membrane interne des cavités purulentes naturelles.

Cette espèce de kyste, cette membrane pyogénée enfin, qui contient le pus dans sa cavité, le sépare et l'isole des parties voisines, et exerce à son égard ses propriétés inaliénables de membrane, savoir : d'opérer le départ plus ou moins rapide, plus ou moins complet, plus ou moins régulier entre les parties solubles du liquide qu'elle renferme et ses parties insolubles. Abandonnant alors par une simple imbibition, par une filtration véritable, dont la température animale et la mobilité ambiante viennent encore hâter l'accomplissement, toute la sérosité qu'il contient, celle-ci, qui est essentiellement albumineuse, reprise par les divers absorbans, mais ayant perdu ses propriétés vitales, et par conséquent repoussée de l'organisme, doit être portée au dehors comme les corps inorganiques introduits directement dans l'économie.

Les principes insolubles du pus seront retenus dans la membrane, et de leur agrégation résultera cette masse jaunâtre, onctueuse, analogue à l'adipocire que nous retrouvons et dans la nature et dans l'expérience.

Tels me paraissent être le mécanisme et la marche de ces phénomènes curieux qui président à la résorption spontanée des collections purulentes formées au sein de l'organisme. Quelques fois simples, quelques faits qui ne le sont pas moins ont suffi à leur interprétation, sans invoquer l'intervention des sympathies et des crises, dont l'existence incertaine aurait besoin avant tout d'être prouvée elle-même.

Puisque je suis en voie, Monsieur, de vous communiquer mes travaux et mes pensées, je vous dirai que je viens de trouver un moyen, certain jusqu'à présent, de distinguer un abcès froid d'un abcès symptomatique. Si ce fait continue à se réaliser, il aura, j'espère, une haute portée chirurgicale, puisqu'il mettra à même de ne plus livrer les malades aux accidens terribles qu'entraîne l'ouverture des abcès par congestion. Ce moyen simple, que je dois à la chimie, consiste à incinérer une petite quantité du liquide douteux recueilli à l'aide d'une ponction exploratrice. Si c'est du pus idiopathique, il ne donnera que un tiers de centième de résidu; si c'est du pus venant d'un os, il en donnera un et demi. Pour le moment, je n'entre dans aucun autre détail; je vous annonce cela pour prendre date et m'assurer la priorité de cette observation. Je suis scientifiquement si pauvre, que je n'ai encore le moyen de rien perdre. (1)

D[r] FÉLIX D'ARCET.

(1) M. d'Arcet est de ceux auxquels on peut prédire qu'ils seront riches un jour. C'est la seule remarque *critique* que son intéressante communication nous ait suggérée. M[I] DE C.

EXTRAITS DE JOURNAUX ETRANGERS,

Par M. GIRALDÈS.

Hydrencéphalocèle, par M. LYON, chirurgien de l'Infirmerie royale d'Edimbourg.

William M'hicholl, âgé de onze ans, entre à l'hôpital le 16 juin 1841. Voici quel est son état : il existe une tumeur de chaque côté du nez; celle du côté gauche a le volume d'une petite prune, et celle du côté droit le volume d'une amande; les tumeurs sont luisantes, tachées et comme saupoudrées par de la farine; on peut les réduire par la compression. En exécutant cette manœuvre, les doigts sentent une espèce de vide. Le malade respirait bien par les narines avant d'avoir eu un coryza. La pression sur les artères carotides ne diminue en rien le volume des tumeurs. Ce malade, en naissant, portait déjà ces deux grosseurs dont le volume était, on le comprend, beaucoup plus petit. Sa santé est bonne.

Juin 18. Une consultation a lieu, on convient de ponctionner une de ces tumeurs, l'opération est pratiquée sur celle du côté droit; cette ponction faite à l'aide d'une aiguille donne issue seulement à une goutte de sérosité; la petite plaie est agrandie au moyen d'une lancette, alors il s'écoule à-peu-près la valeur d'une once de sérosité. L'écoulement du liquide semble arrêté par une espèce de membrane spongieuse. En pressant sur la tumeur du côté opposé, la sérosité s'écoule avec plus de facilité; si l'enfant crie, la sérosité s'écoule plus facilement encore. Cette coïncidence fait penser que les tumeurs communiquent entre elles et avec le cerveau. Une mèche est introduite dans la petite plaie. Les tumeurs sont plus flasques. La mère de l'enfant remarque que les fontanelles sont moins tendues.

Juin 19. Les lèvres de la plaie sont presque réunies, et les tumeurs offrent le même volume qu'avant l'opération.

21. La plaie s'ouvre spontanément, de la sérosité s'en écoule; et dans la crainte que le kyste ne s'enflamme et que l'inflammation ne gagne les méninges, on cherche à faire réunir les bords de la plaie.

23. La plaie est cicatrisée, la tumeur est distendue; une seconde ponction avec une aiguille à cataracte est pratiquée du côté gauche, en présence de

MM. Lawrie et Douglas. Le kyste est épais, spongieux; il s'écoule très peu de liquide. Le lendemain, la surface de la tumeur est enflammée, œdémateuse.

25. La rougeur a diminué.

26. Le jeune malade est pris de convulsions et meurt dans la soirée.

Autopsie. — La voûte du crâne offre la disposition normale. De la sérosité purulente et des fausses membranes existent entre la pie-mère et l'arachnoïde; sur chacune de ces enveloppes, et dans les ventricules, on trouve deux onces de sérosité, une plus grande quantité dans le ventricule gauche que dans le droit. La dure-mère, et, je crois, aussi la pie-mère, se continuent dans les tumeurs extérieures à travers une ouverture qu'on remarque sur les côtés de l'épine nasale de l'os frontal. La partie antérieure du ventricule se continue jusque-là, et peut-être dans la tumeur. Dans tous les cas, il y a de la substance cérébrale dans l'intérieur des kystes. L'ouverture, à travers laquelle la cavité du crâne communique avec la tumeur, a le volume d'nue plume de corneille. Les parois de la tumeur sont dures, comme ratatinées: elles sont formées par le périoste, la dure-mère et les autres membranes.

Examen des os. — La racine des cellules ethmoïdales et une portion de la partie interne de la cavité orbitaire manquent; les tumeurs ne sont séparées des globes oculaires par aucune cloison; la poche est partagée à sa racine en deux parties par l'apophyse nasale du frontal, par l'apophyse crista-galli, et en dehors par la partie supérieure des os du nez; les tumeurs sont enveloppées, comme encaissées par les parties qui constituent les sinus maxillaires.

Les auteurs rapportent plusieurs cas qui présentent quelque analogie avec celui-ci; dans tous la maladie est congénitale et provient de l'accumulation d'un liquide extérieur aux membranes du cerveau, plus souvent formé dans les ventricules de l'organe, quelquefois dans les ventricules et à la surface du cerveau.

Le siége de la tumeur offre une grande variété : Otto remarque que le plus souvent elle paraît à la partie postérieure de la tête, soit à travers le trou occipital élargi, entre lui et l'arc de la première vertèbre, soit à travers la partie squameuse de l'occipital, soit encore par la suture lambdoïde; on observe plus rarement la tumeur au sommet de la tête, plus rarement encore sur les parties latérales du crâne; enfin, les cas les plus rares sont ceux dans lesquels elle pénètre dans la cavité du nez, ou dans l'orbite, par la fente sphénoïdale (Otto cite un exemple d'hydrencéphalocèle à travers le corps du sphénoïde, page 401, qui pourrait donner lieu à une erreur grave de diagnostic).

M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire (*Histoire des anomalies de l'organisation*, t. II, page 298) désigne le cas en question sous le nom de proencéphale.

(*The London and Edinburg Monthly Journal*, mai 1842, p. 406.)

Ulcération de l'artère thyroïdienne inférieure.

John Redmond, laboureur irlandais, âgé de vingt-huit ans, entre à l'hôpital de New-York, le 30 avril 1840. Chez ce malade, les ganglions lymphatiques du cou sont très tuméfiés; il vient à l'hôpital pour en être traité. Cette maladie existe depuis quelque temps; toute la chaîne ganglionnaire du cou est malade, dans quelques points, ces masses sont ramollies et suppurent; le pus s'est fait jour à travers les tégumens. Le malade porte encore quelques fistules indolentes, résultat de cette terminaison; son état général est assez mauvais; il n'a pas d'appétit; il est réduit à un état de maigreur assez avancé. Le malade vient à l'hôpital plutôt dans le but d'améliorer sa santé, que de chercher une guérison complète.

L'emploi de l'iode à l'intérieur et à l'extérieur détermine de l'amélioration dans son état général : cette amélioration cependant n'a pas la moindre iufluence sur l'affection ganglionnaire.

Pendant l'été, la maladie fait des progrès; de nouveaux abcès se montrent dans d'autres parties, et ceux antérieurement formés dégénèrent en ulcères fistuleux, et forment des clapiers au-dessous de la peau et des muscles. Ces ulcères sont de mauvais aspect, donnent issue à un pus séreux. Cet état ne s'améliore point.

Les choses se trouvaient dans cet état le 8 novembre, lorsqu'une légère hémorrhagie se fit jour par une des fistules les plus profondes, située au côté gauche du cou et vers le milieu de cette région; l'écoulement du sang s'arrêta spontanément. Dans la matinée du 9, une hémorrhagie plus abondante apparut de nouveau; le sang avait une couleur rouge, mais il ne coulait pas par saccades; une légère compression établie à l'aide de compresses et d'un bandage roulé, arrêta l'hémorrhagie.

Le 10, dans la matinée, au moment où on changeait les pièces d'appareil, le sang s'écoula de nouveau, et, cette fois, avec une telle violence, qu'il ne fut plus possible de douter qu'un vaisseau volumineux eût été ouvert par le travail d'ulcération. Une compression méthodique fut employée, en attendant qu'on s'arrêtât à un parti quelconque. Le malade ayant perdu beaucoup de sang, on lui donna un peu de vin pour relever ses forces ; plusieurs chirur-

giens furent réunis en consultation ; mais, au moment où les consultans cherchant à examiner l'état des parties enlevèrent les pièces formant la compression, un jet de sang assez fort s'élança du fond de la plaie, à une distance de six pieds. La compression fut derechef établie ; le malade perdit dans cet examen une assez grande quantité de sang ; il devint pâle et son pouls filiforme. La violence de l'hémorrhagie empêchait d'arrêter le sang à sa source, et le gonflement du cou opposait encore un obstacle qui empêchait de reconnaître quel était le vaisseau qui donnait passage au sang. On convint dès-lors de lier la carotide. Le docteur Post procéda tout de suite à cette opération.

Une incision fut pratiquée dans la place conseillée pour faire cette opération. Au-dessus du muscle sterno-mastoïdien et dans le point correspondant au vaisseau, on rencontra une masse de fibrine réunie et confondue avec les tissus environnans, ce qui rendait difficile de les distinguer ; après une dissection attentive, on arriva sur l'artère ; la gaîne étant ouverte, on reconnut un corps cylindrique du volume et de la couleur du vaisseau ; on passa la ligature à l'aide de l'aiguille de Crampton. L'opérateur et les chirurgiens qui l'assistaient avaient la conviction que l'artère était embrassée dans la ligature, nonobstant le manque de pulsation, ce qu'ils attribuèrent à l'état de prostration et de faiblesse dans lequel se trouvait le malade. Le fil fut serré sans que l'hémorrhagie s'arrêtât ; on crut d'après cela que l'artère sous-clavière ou quelques-unes de ses branches étaient lésées. L'état du malade empêchait d'avoir recours à toute autre opération.

Une compression méthodique fut établie, une nourriture substantielle fut administrée ; la pression fut continuée pendant une partie de la nuit. Vers la matinée, les pièces d'appareil qui servaient à la compression étant imbibés de liquide, glissèrent dans un mouvement que fit le malade, et le sang s'échappa en assez grande quantité. Mort deux heures après.

Une dissection faite avec tout le soin possible montra que la ligature à l'aide de laquelle on avait cru embrasser la carotide avait été serrée autour d'une masse de fibrine, à la vérité contenue dans la gaîne du vaisseau ; ce caillot s'étendait en arrière et en bas du côté de l'artère sous-clavière ; au fond de la plaie, se reconnaissait la glande thyroïde ainsi que l'artère thyroïdienne inférieure détruite par ulcération dans l'étendue d'un pouce. L'artère thyroïdienne était oblitérée au-dessus de l'ulcération par le travail inflammatoire. Les autres artères étaient saines (*New-York Medical Gazette*, fév. 1842. — *Dublin Medical Press*, juin 1842, p. 410).

Cette observation présente quelques ressemblance avec le fait de M. Liston publié dans ce journal. Les deux cas offrent l'exemple d'abcès ganglionnaires, d'abcès scrofuleux du cou, dans lesquels le travail d'ulcération s'est étendu aux vaisseaux voisins. Une telle terminaison doit mettre le praticien en garde, toutes les fois qu'il existe des abcès au cou provenant du ramollissement des ganglions lymphatiques de cette région. Ces observations mettent en relief un précepte de thérapeutique chirurgicale, sur lequel le professeur Velpeau a surtout insisté; je veux parler de l'extirpation des tumeurs lymphatiques du cou. Il résulterait de ces faits que toutes les fois que les ganglions de cette région ou de tout autre point, surtout voisins de gros vaisseaux, offriraient un état tel qu'il ne serait pas permis d'espérer la résolution, il serait urgent d'en faire l'extirpation.

Grossesse tubaire, rupture de la poche, hémorrhagie; par M. Glover, D. M.

Une femme forte et robuste, âgée de trente-six ans, mariée pour la seconde fois. Depuis son mariage, elle cessa d'être réglée. Pendant son premier mariage, elle eut trois fausses couches.

Le 30 novembre, la malade fut examinée par M. Dixon; elle se plaignait de douleurs dans les reins, dans l'abdomen, accompagnées d'écoulement de sang par le vagin. A l'aide du toucher, on reconnut que les lèvres du col étaient tuméfiées, mais non dilatées; le pouls n'était pas troublé; quelques laxatifs furent ordonnés. La malade eut quelques selles; les douleurs cessèrent.

Le lendemain, on observa vers midi les mêmes phénomènes; même médication, avec égal succès. Quelques caillots de fibrine étaient mêlés au sang écoulé; le sang était séreux; les caillots étaient petits et aplatis.

Dans la matinée du 2 décembre, la malade était bien; dans l'après-midi elle se trouva indisposée, ce qui l'obligea à se coucher; vers trois heures elle fut prise d'une douleur très vive dans le ventre; la malade était seule, au

bout d'une demi-heure, ses cris attirèrent du monde auprès d'elle. M. Dixon fut appelé.

Il la trouve, vers quatre heures, dans un état de collapsus; extrémités froides; frissons; les douleurs continuent; l'abdomen est très sensible à la pression; le pouls est à peine sensible, 80. Par le toucher, on constate que les lèvres du col sont moins gonflées; quelques gouttes de laudanum sont administrées.

Vers huit heures, M. Dixon m'appelle en consultation. Avant mon arrivée, la malade avait vomi une matière aqueuse. L'état est le même; le ventre est très sensible à la pression, surtout vers la partie inférieure; il y a un peu de tympanite vers la partie supérieure. La malade souffre beaucoup dans la région iliaque droite; pas d'écoulement par le vagin; les pupilles sont dilatées; stupeur.

En présence de ces circonstances, nous décidons qu'il faut agir comme s'il existait une péritonite. Nous prescrivons des lavemens de térébenthine, 16 sangsues sur le siège du mal, et des bols composés de 12 grains de camphre et 2 d'opium.

La malade se trouvant dans le même état pendant la nuit, on lui donne une potion avec de l'éther nitrique et de l'ammoniaque, répétée plusieurs fois dans la nuit; on lui administre trois lavemens de térébenthine; elle a quelques selles. Dans la matinée, des vomissemens d'une matière aqueuse. La malade s'affaisse et meurt à six heures du soir.

Autopsie. — A l'extérieur on ne voit aucun signe de grossesse; le péritoine étant ouvert, on remarque un caillot s'étendant depuis l'ombilic jusqu'au bassin; le colon transverse est distendu; il existe quelques traces d'inflammation sur le péritoine. La membrane muqueuse intestinale est rouge dans divers points. Le bassin, la région iliaque et la partie postérieure de l'abdomen contiennent du sang fluide, deux livres à-peu-près. Le caillot peut avoir près de trois quarts de livre. Le péritoine de la partie inférieure et postérieure de l'abdomen et du bassin est d'un rouge très foncé : cette coloration provient du contact du sang et du développement des vaisseaux capillaires.

La trompe gauche à sa réunion à l'utérus est le siège d'une tumeur, (espèce de petit sac ou kyste du volume d'une noix), qui communique avec l'abdomen par le moyen d'une ouverture déchirée adhérente à des caillots semblables à ceux contenus dans les veines.

J'examine l'utérus avec M. Embleton; il est plus volumineux que dans l'état normal, son intérieur est tapissé par la caduque : cette membrane est rouge, spongieuse, et terminée du côté de l'utérus par un bord comme strié; le scalpel introduit dans cette masse y pénètre comme dans un corps solide.

De l'air étant injecté par la trompe droite pénètre dans l'utérus. On ne put en faire passer de la trompe gauche dans la matrice, et encore moins de celle-ci dans la tumeur de la trompe.

L'ovaire gauche est très diminué de volume; sur sa face externe on remarque une tache jaune récente; l'extrémité de la trompe de ce côté est très frangée.

L'ovaire droit offre deux corps jaunes et deux vésicules de Graaf. On trouve une cavité dans le col de l'utérus; il n'a pas été possible de rencontrer l'embryon qui se trouvait peut-être perdu au milieu des caillots de sang.

GIRALDÈS.

VARIÉTÉS.

Mort du baron Larrey.

L'humanité a perdu un grand dévoûment, la France un grand citoyen, la chirurgie une grande illustration, la médecine militaire son représentant le plus glorieux. Le baron Larrey est mort.

Une place était vide au trépied chirurgical où figurent Ambroise Paré et Jean-Louis Petit. Cette place est remplie aujourd'hui.

Le baron Larrey avait de grandes vertus et de grandes qualités. Son activité était prodigieuse, son zèle admirable; son amour pour l'humanité, pour le soldat surtout, n'avait pas de limites.

Le baron Larrey était une de ces individualités grandioses dont chacune est un rayon de l'auréole impériale.

Le baron Larrey croyait en lui, et il avait raison. Sa cause était celle de l'expérience.

De grands honneurs lui ont été rendus. M. Hippolyte Larrey a bien mérité de son nom.

M. de C.

Nomination de M. Bégin.

M. Bégin, chirurgien en chef du Val-de-Grâce, a été nommé membre

du conseil de santé, à la place du baron Larrey. Cette nomination a été faite en l'absence du chirurgien distingué qui en est l'objet, circonstance qui ajoute à la juste récompense accordée aux longs et honorables services de M. Bégin. La promotion de M. Bégin a été accueillie avec joie par les officiers de santé, qui savent que le nouvel inspecteur aime avec dévoûment le corps auquel il appartient. M. de C.

DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE, *par une Société de Médecins, sous la direction de M. Fabre.* Au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*, rue Dauphine, 22 et 24.

On décrie notre époque, qui subit en cela le sort de toutes celles qui l'ont précédée, et il n'y a pas à penser que celles qui la suivront y échappent. C'est cependant une belle époque que celle où les besoins intellectuels sont si multipliés, qu'il y a place et faveur pour plusieurs grandes entreprises scientifiques analogues, et se produisant presque en même temps. Les mêmes hommes auront pu voir un libraire faire sa fortune avec le *Dictionnaire des sciences médicales*, et paraître successivement le *Dictionnaire abrégé*, le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, deux éditions du *Dictionnaire de médecine*, et, enfin, le *Dictionnaire des dictionnaires*, qui est comme le couronnement de cette colonne, et dont la vogue a dépassé les espérances de son auteur. Il a fallu à M. Fabre une grande fermeté de cœur pour entreprendre une telle œuvre, et une lucidité d'esprit, ainsi qu'une persévérance et une activité peu communes, pour la mener à fin. Nous ne cachons pas le plaisir que nous éprouvons à constater ce succès. Nous éprouverons le même sentiment, toutes les fois que nous verrons un homme intelligent, un producteur faire ses affaires lui seul et pour lui seul. Nous avons déjà parlé du *Dictionnaire des dictionnaires*. Nos lecteurs savent dans quel esprit d'impartial éclectisme il a été conçu et exécuté. Nous ne faisons ici qu'annoncer un peu tard l'achèvement de cet ouvrage important. M. de C.

MARCHAL (DE CALVI), *Rédacteur-gérant.*

TABLE DES MATIÈRES.

FIN DE LA TABLE DU TOME CINQUIÈME.

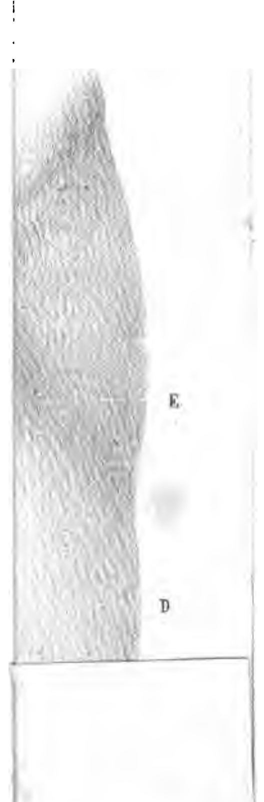


B

D

Pl. II.

Pl. II.



Pl.III.

A

A

Pl. IV.

B

A

C

G

F

E

D

H

Pl.V.

C

D

F

C

B

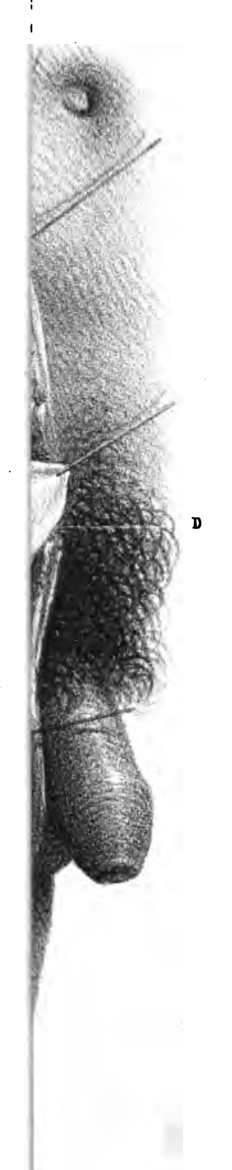
C

D

F

C

Pl. ~~IV.~~ 17



Pl. VII.

A

B

C

F

Pl. VIII.

F

E

